

HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT - HWOPI: TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL



Letícia de Lima Trindade | Josiane Carneiro
Maiara Schoeninger | Elisabete Borges
(Organizadoras)



PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM



HWOPI
Health Work
International Project



ORGANIZADORES/ ORGANIZERS

Letícia de Lima Trindade

Josiane Carneiro

Maiara Schoeninger

Elisabete Borges

REVISOR GERAL DA OBRA/ GENERAL REVIEWER

Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes

**HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT – HWOPI:
TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL**

**HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT – HWOPI:
THEORIES AND EXPERIENCES FOR OCCUPATIONAL
HEALTH**

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL E NACIONAL

Jorge Alejandro Santos - Argentina
Francisco Javier de León Ramírez – México
Carelia Hidalgo López – Venezuela
Marta Teixeira – Canadá
Maria de Nazare Moura Björk – Suécia
Macarena Esteban Ibáñez – Espanha
Quecoi Sani – Guiné-Bissau

Ivo Dickmann - Unochapecó
Ivanio Dickmann - UCS
Viviane Bagiotto Botton – UERJ
Fernanda dos Santos Paulo – UNOESC
Cesar Ferreira da Silva – Unicamp
Tiago Ingrassia Pereira – UFES
Carmem Regina Giongo – Feevale
Sebastião Monteiro Oliveira – UFRR
Adan Renê Pereira da Silva – UFAM
Inara Cavalcanti – UNIFAP
Ionara Cristina Albani - IFRS

**Esse livro passou pelo processo de revisão por pares
dentro das regras do Qualis livros da CAPES**

H434 Health Work International Project – HWOPI: teorias e vivências para a saúde ocupacional [recurso eletrônico] / Letícia de Lima Trindade ... [et al.] (Orgs.). - Chapecó, SC : Argos, 2024. 252 p.: il.

ISBN: 978-650098218-3

E-Book Formato: PDF

Inclui bibliografias e índice

1. Saúde ocupacional. 2. Saúde - Serviços. 3. Fadiga. I. Trindade, Letícia de Lima. II. Carneiro, Josiane. III. Schoeninger, Maiara. IV. Borges, Elisabete.

V. Título.

CDD: Ed. 23 -- 613.62

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Nádia Kunzler CRB 14/1785

Editora Livrologia

2024

SUMÁRIO

OS AUTORES.....	10
PREFÁCIO	22
APRESENTAÇÃO.....	24
PARTE 1	
COMPAIXÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
CAPÍTULO 1	
FADIGA POR COMPAIXÃO: RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	31
<i>Josiane Carneiro, Maiara Schoeninger, Elisabete Borges, Letícia de Lima Trindade</i>	
CAPÍTULO 2	
FADIGA POR COMPAIXÃO: ESTUDOS COM ENFERMEIROS PORTUGUESES.....	39
<i>Joana Pereira, Letícia de Lima Trindade, Elisabete Borges</i>	
PARTE 2	
BURNOUT	48
CAPÍTULO 3	
SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	49
<i>Caroline Schacker Evangelista, Melanie Schröder, Luccas Melo de Souza, Adriana Aparecida Paz.</i>	

CAPÍTULO 4

SÍNDROME DE BURNOUT: A PANDEMIA COVID-19 COMO FATOR DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....61

Cristina Queirós, Miguel Cameira

CAPÍTULO 5

SÍNDROME DE BURNOUT EM INTERVENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR.....79

Helena Loureiro, Ana Magalhães, Diana Moreira, Inês Pereira, Regina Bontorim Gomes, Joana Pedrosa

CAPITULO 6

ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT.....90

Patrícia Campos Pavan Baptista, Renata Santos Tito, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Renata Profeta Ziller

CAPÍTULO 7

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE LABORAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....107

Júlia Grasel, Samuel Spiegelberg Zuge

PARTE 3

FELICIDADE NO TRABALHO120

CAPÍTULO 8

FELICIDADE NO TRABALHO: CONCRETIZAÇÃO E ESTUDOS EM ENFERMEIROS PORTUGUESES.....121

Sofia Feitor, Teresa Martins, Sofia Loureiro

CAPÍTULO 9

PRAZER NO TRABALHO: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....136

Chancarlyne Vivian, Letícia de Lima Trindade

PARTE 4

VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....146

CAPÍTULO 10

BULLYING NO TRABALHO.....147

Gildo Castro, Margarida Ferreira, Letícia de Lima Trindade, Elisabete Borges

CAPÍTULO 11

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....159

Daiane Dal Pai, Cibele Santos, Letícia de Lima Trindade, Juliana Petri Tavares, Maiara Daís Schoeninger

CAPÍTULO 12

VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO.....172

Maiara Daís Schoeninger, Grasielle Fátima Busnello, Kaciane Boff Bauermann, Elisabete Borges, Letícia de Lima Trindade

PARTE 5

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....185

CAPÍTULO 13

PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES.....185

Assunção Nogueira, Margarida Abreu, Helena Loureiro

CAPÍTULO 14

PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR: PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR196

Margarida Abreu, Maria José Peixoto, Elisabete Borges

CAPÍTULO 15

LIDERANÇA E PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....209

Patrícia Campos Pavan Baptista, Chennyfe Dobbins Abi Rached, Juliana Pereira Tavares de Melo, Vinicius Gomes Barros

CAPÍTULO 16

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR.....220

Letícia de Arruda Correa, Márcia Luíza Pit Dal Magro

CAPÍTULO 17

DESAFIOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: EXPERIÊNCIA NO CANADÁ..232

Carine Vendruscolo, Daisi Mara Rosset, Rui Carlos Sacramento, Camilla Dalchiavon, Luiz Felipe Deoti

GLOSSÁRIO.....242

GLOSSARY.....246

DEDICATÓRIA

A todos os autores desta obra, que prontamente aceitaram o desafio para nela participarem, enriquecendo-o com seus conhecimentos e olhares contemporâneos.

Aos membros investigadores, colaboradores e estudantes do Projeto Health Work International Project - HWOPI - pela motivação e trabalho desenvolvido em prol da visibilidade da enfermagem, enfermagem do trabalho e saúde do trabalhador.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento da obra, que garantiu sua gratuidade e ampla divulgação (FAPESCTR817/2023).

Às instituições envolvidas por serem membros facilitadores e potenciarem o trabalho multicêntrico internacional.

DEDICATION

To all the authors of this work, who readily accepted the challenge to participate in it, enriching it with their knowledge and contemporary perspectives.

To the research members, collaborators and students of the Health Work International Project - HWOPI - for the motivation and work developed in favor of the visibility of nursing, occupational nursing and worker health.

To the Santa Catarina Research and Innovation Support Foundation (FAPESC) for financing the work, which guaranteed its free access and wide dissemination (FAPESCTR817/2023).

To the institutions involved for being facilitating members and enhancing international multicenter work.

OS AUTORES

Adriana Aparecida Paz – Enfermeira, Doutora, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGenf). Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. ORCID: 0000-0002-1932-2144

Ana Magalhães – Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1999-6870>

Assunção Nogueira – Enfermeira. Doutora, Docente da Escola Superior de Enfermagem Tâmega e Sousa, IPSN, CESPU. Portugal. ORCID: 0000-0001-5693-242X

Camilla Dalchiavon - Estudante de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. ORCID: 0009-0001-2462-7997.

Carine Vendruscolo - Enfermeira. Pós-doutorado. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. ORCID: 0000-0002-5163-4789.

Caroline Schacker Evangelista – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. ORCID: 0000-0002-8909-3076

Chancarlyne Vivian – Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Brasil. ORCID: 0000-0003-3697-4109

Chennyfe Dobbins Abi Rached – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Orientação Profissional (ENO) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil, vice-líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". ORCID: 0000-0003-1433-6456

Cibele Santos – Enfermeira. Mestre. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Ernesto Dorneles, Brasil. ORCID: 000-0002-2209-7865

Cristina Queirós – Psicóloga. Doutorada e Pós-Doutorada em Psicologia. Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Investigadora do CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal. ORCID: 0000-0002-8045-5317

Daniela Campos de Andrade Lourenção – Enfermeira. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde da Universidade de São Paulo. Brasil. ORCID: 0000-0002-3050-0378

Daiane dal Pai – Enfermeira. Doutora. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Brasil. ORCID: 0000-0002-6761-0415

Daisi Mara Rosset - Enfermeira. Ministry Of Health Community Services, Department Of Long Stay Oncology And Palliative Care. Canadá. ORCID: 0000-0003-4000-8683

Diana Moreira - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0009-0008-4964-3994

Elisabete Borges – Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Investigadora do do grupo NursID, ESEP/CINTESIS@RISE- PORTUGAL. ORCID:0000-0002- 6478-1008.

Grasiele Fátima Busnello – Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. ORCID: 0000-0002-2027-0089.

Gildo Castro – Enfermeiro. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Centro Hospitalar Universitário de São João. Portugal. ORCID: 0000-0001-5609-9220

Helena Loureiro- Enfermeira. Pós -Doutorada em Ciências da Saúde-Enfermagem. Docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0000-0003-1826-5923

Joana Pereira – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Unidade de Saúde Familiar Santa Justa, Agrupamento de Centros de Saúde de Maia/Valongo. Portugal. ORCID: 0000-0002-9930-9491

Joana Pedrosa - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0009-0006-1578-8322

Josiane Matos Carneiro – Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. ORCID:0000-0001-8977-806X

Júlia Grasel – Fisioterapeuta Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. ORCID: 0000-0001-6154-7462

Juliana Pereira Tavares de Melo – Enfermeira. Mestranda do Programa de Gerenciamento de Enfermagem (PPGen) da Universidade de São Paulo, membro grupo de pesquisa " Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. ORCID: 0000-0002-9824-7196

Juliana Petri Tavares – Enfermeira. Doutora, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Brasil. ORCID: 0000-0003-4121-645X

Kaciane Boff Bauermann – Enfermeira. Mestre. Servidora da Secretaria do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:0000-0003-1897-1203*

Inês Pereira - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID: 0009-0001-8981-2667*

Letícia de Arruda Correa - Graduanda em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID: 00003386-3665-0003-*

Leticia de Lima Trindade – Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-7119-0230*

Luccas Melo de Souza – Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGenf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. *ORCID: 0000-0003-1629-9935*

Luiz Felipe Deoti - estudante de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID: 0009-0000-7861-5177*

Maiara Schoeninger – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-0095-1485*

Márcia Luíza Pit Dal Magro – Psicóloga. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID: 0000-0002-2127-9261*

Margarida Ferreira – Enfermeira. Doutora em Investigação Aplicada, Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia, Docente da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, e do CINTESIS@RISE. Portugal. *ORCID: 0000-0003-2232-7314*

Margarida Abreu – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0003-0136-6816

Maria José Peixoto – Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0003-4131-4279

Melanie Schröder - Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Brasil. ORCID: 0000-0003-4591-2436

Miguel Cameira – Psicólogo. Doutorado em Psicologia, Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; Investigador do CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0002-1629-3608

Patrícia Campos Pavan Baptista- Enfermeira. Pós-doutorado, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. ORCID:0000-0003-1433-6456

Regina Bontorim Gomes - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0000-0002-5260-4493

Renata Santos Tito – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, membro do grupo de pesquisa " Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. ORCID 000-0001-8538-4266

Renata Profeta Ziller – Enfermeira. Especialista em Ambulatório Médico de Especialidades Idoso, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. ORCID:0000-0002-2649-0859.

Rui Carlos Sacramento – Enfermeiro. Mestrando do Programa De Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID: 0000-0002-5163-4789*

Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes - Enfermeiro. Doutor. Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões. Docente convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Portugal. *ORCID: 0000-0002-1931-2659*

Samuel Spiegelberg Zuge – Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-0420-9122*

Sofia Feitor – Enfermeira. Mestre em Enfermagem Comunitária, Unidade de Saúde da Ilha do Faial, Açores. Portugal. *ORCID: 0000-0001-5017-594X*

Sofia Loureiro – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. *ORCID: 0000-0002-7068-3324*

Teresa Martins – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. *ORCID: 0000-0001-7759-8280*

Vinicius Gomes Barros – Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, membro do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. *ORCID: 0000-0003-1954-1387*

THE AUTHORS

Adriana Aparecida Paz – Nurse, PhD, Professor of the Postgraduate Nursing Program (PPGEnf). Professional Master's Degree in Nursing from Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UF-CSPA). Brazil. ORCID: 0000-0002-1932-2144

Ana Magalhães – Nursing student at Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0009-0000-1999-6870

Assunção Nogueira – Nurse. PhD, Professor at Escola Superior de Enfermagem Tâmega e Sousa, IPSN, CESPU. Portugal. ORCID: 0000-0001-5693-242X

Camilla Dalchiavon - Nursing student at Universidade do Estado de Santa Catarina. Brazil. ORCID: 0009-0001-2462-7997

Carine Vendruscolo - Nurse. Post-doctoral degree. Professor at Universidade do Estado de Santa Catarina. BRAZIL. ORCID: 0000-0002-5163-4789

Caroline Schacker Evangelista – Nurse. Master's Degree student of the Postgraduate Nursing Program (PPGEnf)- Professional Master's Degree in Nursing at Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brazil. ORCID: 0000-0002-8909-3076

Chancarlyne Vivian – Psychologist. PhD student of the Postgraduate Program in Health Sciences at Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Professor at Universidade do Oeste de Santa Catarina. Brazil. ORCID: 0000-0003-3697-4109

Chennyfe Dobbins Abi Rached – Nurse. PhD in Public Health. Professor at the Professional Guidance Department (ENO) at Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brazil, vice-leader of the research group "Studies on the Health of Nursing Workers-GESTE". ORCID: 0000-0003-1433-6456

Cibele Santos – Nurse. Master's Degree. Nursing Coordinator at Hospital Ernesto Dorneles, Brazil. ORCID: 000-0002-2209-7865

Cristina Queirós – Psychologist. PhD and Post-Doctoral Degree in Psychology. Professor at Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Investigator at CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal. ORCID: 0000-0002-8045-5317

Daniela Campos de Andrade Lourenção – Nurse. Postdoctoral student in the Postgraduate Program in Nursing and Health Management at Universidade de São Paulo, Brazil. ORCID: 0000-0002-3050-0378

Daiane dal Pai – Nurse. PhD. Professor at the School of Nursing at Universidade do Rio Grande do Sul, Brazil. ORCID: 0000-0002-6761-0415

Daisi Mara Rosset - Nurse. Ministry Of Health Community Services, Department Of Long Stay Oncology And Palliative Care. Canada. ORCID: 0000-0003-4000-8683

Diana Moreira – Nursing student at Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal. ORCID: 0009-0008-4964-3994

Elisabete Borges – Nurse. Post-doctoral Degree in Nursing. Professor at Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. investigadora do grupo NursID, ESEP/CINTESIS@RISE- PORTUGAL. ORCID: 0000-0002- 6478-1008

Grasiele Fátima Busnello – Nurse. Ph.D. Professor at Universidade do Estado de Santa Catarina, Brazil. ORCID: 0000-0002-2027-0089

Gildo Castro – Nurse. Master's Degree in Management and Leadership of Nursing Services, Centro Hospitalar Universitário de São João. Portugal. ORCID: 0000-0001-5609-9220

Helena Loureiro- Nurse. Post-Doctoral Degree in Health Sciences-Nursing. Professor at Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0000-0003-1826-5923

Joana Pereira – Nurse. Master's Degree in Management and Leadership of Nursing Services. Santa Justa Family Health Unit, Agrupamento de Centros de Saúde de Maia/Valongo. Portugal. ORCID: 0000-0002-9930-9491

Joana Pedrosa – Nursing student at Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0009-0006-1578-8322

Josiane Matos Carneiro – Nurse. Master's Degree student of the Professional Master's Degree in Nursing at Universidade do Estado de Santa Catarina. Brazil. ORCID: 0000-0001-8977-806X

Júlia Grasel – Fisioterapeuta. PhD student of the Postgraduate Program in Health Sciences at Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID: 0000-0001-6154-7462

Juliana Pereira Tavares de Melo – Nurse. Master's Degree student of the Nursing Management Program (PPGen) at Universidade de São Paulo, member of the research group "Studies on the Health of Nursing Workers - GESTE". Brazil. ORCID: 0000-0002-9824-7196

Juliana Petri Tavares – Nurse. PhD, Professor at Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Brazil. ORCID: 0000-0003-4121-645X

Kaciane Boff Bauermann – Nurse. Master's Degree. State Secretariat of Santa Catarina. Brazil. ORCID: 0000-0003-1897-1203

Inês Pereira – Nursing student at Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0009-0001-8981-2667

Letícia de Arruda Correa – Psychologist, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID: 00003386-3665-0003

Leticia de Lima Trindade – Nurse. Post-doctoral Degree in Nursing. Professor of the Nursing Department in the Professional Master's Degree in Nursing at Universidade do Estado de Santa Catarina and the Postgraduate Program in Health Sciences at Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID: 0000-0002-7119-0230

Luccas Melo de Souza – Nurse. Ph.D. Professor of the Postgraduate Nursing Program (PPGenf)- Professional Master's Degree in Nursing at Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brazil. ORCID: 0000-0003-1629-9935

Luiz Felipe Deoti – Nursing student at Universidade do Estado de Santa Catarina. BRAZIL. ORCID: 0009-0000-7861-5177

Maiara Schoeninger – Nurse. PhD student of the Postgraduate Program in Health Sciences at Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID:0000-0002-0095-1485

Márcia Luíza Pit Dal Magro – Psychologist. Ph.D. Professor of the Postgraduate Program in Education and the Psychology course at Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID: 0000-0002-2127-9261

Margarida Ferreira – Nurse. PhD in Applied Research, Preventive Medicine, Public Health and Surgery, Professor at Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, and CINTESIS@RISE. Portugal. ORCID: 0000-0003-2232-7314

Margarida Abreu – Nurse. PhD in Nursing. Professor at Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0003-0136-6816

Maria José Peixoto – Nurse. PhD in Nursing. Professor at Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0003-4131-4279

Melanie Schröder – Nursing student at Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Brazil. ORCID: 0000-0003-4591-2436

Miguel Cameira – Psychologist. PhD in Psychology, Professor at the Faculty of Psychology and Educational Sciences of Universidade do Porto, Portugal; Investigator at CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Portugal. ORCID: 0000-0002-1629-3608

Patrícia Campos Pavan Baptista- Nurse. Postdoctoral Degree, Professor of the Postgraduate Program in Nursing at Universidade de São Paulo. Brazil. ORCID:0000-0003-1433-6456

Regina Bontorim Gomes – Nursing student at Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: 0000-0002-5260-4493

Renata Santos Tito – Nurse. PhD student of the Postgraduate Program in Nursing at Universidade de São Paulo, member of the research group "Studies on the Health of Nursing Workers- GESTE". Brazil. ORCID 000-0001-8538-4266

Renata Profeta Ziller – Nurse. Specialist in Medical Outpatient Specialties for the Elderly, Master's Degree student of the Postgraduate Program in Nursing at Universidade de São Paulo. Brazil. ORCID:0000-0002-2649-0859

Rui Carlos Sacramento – Nurse. Master's Degree student of the Professional Postgraduate Program in Nursing in Primary Health Care at Universidade do Estado de Santa Catarina. BRAZIL. ORCID: 0000-0002-5163-4789

Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes - Nurse. Ph.D. Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões. Guest professor at Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Portugal. ORCID: 0000-0002-1931-2659

Samuel Spiegelberg Zuge – Nurse. Ph.D. Professor of the Postgraduate Program in Health Sciences at Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brazil. ORCID:0000-0002-0420-9122

Sofia Feitor – Nurse. Master’s Degree in Community Nursing, Unidade de Saúde da Ilha do Faial, Azores. Portugal. ORCID: 0000-0001-5017-594X

Sofia Loureiro – Nurse. Master’s Degree in Management and Leadership of Nursing Services, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. ORCID: 0000-0002-7068-3324

Teresa Martins – Nurse. Master’s Degree in Management and Leadership of Nursing Services, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. ORCID: 0000-0001-7759-8280

Vinicius Gomes Barros – Nurse. PhD student of the Postgraduate Program in Nursing at Universidade de São Paulo, member of the research group "Studies on the Health of Nursing Workers- GESTE". Brazil. ORCID: 0000-0003-1954-1387

PREFÁCIO

Com grata satisfação, recebi o convite para prefaciар este E-book, organizado pelas pesquisadoras Letícia de Lima Trindade, Josiane Carneiro, Elisabete Borges, Maiara Daís Schoeninger, renomadas estudiosas da área da Saúde do Trabalhador e da Enfermagem, e que conta com um rol de experientes autores oriundos de universidades, grupos e redes de pesquisadores de Portugal, Brasil, Espanha e Canadá que exploram nesta obra estratégias voltadas à promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros para profissionais da área da saúde.

A promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros e o Trabalho Decente são metas almejadas globalmente para trabalhadores de todas as áreas de atuação profissional, integram diretrizes da Organização Mundial de Saúde, Organização das Nações Unidas e da Organização Internacional do Trabalho e constitui tema de grande importância para os profissionais da área da saúde, que lidam diariamente com situações desafiadoras no ambiente de trabalho relacionadas a questões de segurança, saúde e bem estar no ambiente físico e psicossocial de trabalho, incluindo a organização e a cultura do ambiente de trabalho e os recursos pessoais dos trabalhadores. Portanto, este tema é de extrema importância para a área de saúde, uma vez que a qualidade do ambiente de trabalho tem impacto significativo na saúde e bem-estar dos profissionais da saúde, bem como na segurança e na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Ao longo de cinco capítulos os autores apresentam aos leitores um panorama riquíssimo de conhecimentos, reflexões, conceitos, teorias e resultados de investigações científicas centradas na dimensão psicossocial.

cial de agravos à saúde dos profissionais da área da saúde e em especial no desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros a partir de resultados de estudos desenvolvidos sobre fadiga por compaixão nos serviços de saúde, síndrome de Burnout, estresse ocupacional, felicidade e prazer do trabalhador, violência no trabalho e programas de intervenção voltados à promoção da saúde do trabalhador. Temas relevantes no atual contexto do mundo do trabalho envoltos a contínuas transformações que aceleram e intensificam o ritmo de trabalho e vida, gerando estresse, sofrimento psíquico e adoecimento dos corpos e mentes dos trabalhadores.

A obra traz para o leitor a visão de abordagens metodológicas e do uso e emprego de instrumentos técnicos. Isto se faz na comunicação da experiência dos autores, com textos sistematizados e apresentados de forma sintética que por sua vez, proporcionam agradável leitura e reflexões instigantes sobre o processo de construção coletiva do conhecimento científico e de sua translação para a prática visando a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

Assim, este E-book oferece importante contributo para a área da Saúde do Trabalhador atestado pela fértil confluência de saberes e de experiências apresentadas pelos autores em seus textos argumentativos apoiados em reflexões e análises voltadas a superação dos dilemas da conflituosa relação saúde e trabalho.

Certamente esta obra será fonte de conhecimento e inspiração para promover mudanças positivas nos ambientes de trabalho na área da saúde, contribuindo para o bem-estar e a segurança de todos os envolvidos.

Boa leitura!

APRESENTAÇÃO

Este ebook, intitulado “Heath Work Internacional: Teorias e Vivências para a Saúde Ocupacional”, trata-se de um produto técnico educacional, que foi organizado a partir de um estudo intitulado “Fadiga por Compaixão: ebook para reconhecimento e prevenção nos serviços de saúde”, vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), idealizado com o objetivo de desenvolver uma tecnologia educacional, no formato de ebook como estratégia para o reconhecimento e a prevenção da fadiga por compaixão para profissionais de saúde.

A proposta aninha-se no Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da UDESC e conta com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

Ainda, a proposta tem sua gênese na integração dos pesquisadores no macroprojeto internacional o “Health Work International Project - HWOPI”, coordenado pela Profa Dra Elisabete Borges, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, o qual envolvem pesquisado de Portugal, Brasil e Espanha, coautores na Obra.

O ebook, disponível em meio digital, gratuitamente, é composto por cinco capítulos, que totalizam 17 subcapítulos, apresentados na língua portuguesa e traduzidos para a língua inglesa, inclui glossário e índice remissivo. A obra inclui temáticas voltadas à saúde dos profissionais de saúde, com a finalidade de contribuir para a Saúde do Trabalhador, promoção da saúde e prevenção da doença no local de trabalho e a disseminação de conhecimentos de caráter científico, como prevê o HWOPI.

O Capítulo 1 traz dois subcapítulos que abordam a Fadiga por Compaixão nos Serviços de Saúde. Caracterizada pelo estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social resultante do processo de cuidar daquele que passa por algum tipo de sofrimento, o fenômeno apresenta um impacto significativo no bem-estar do profissional e reflete em prejuízos na saúde física, mental e social do trabalhador e na qualidade do serviço prestado ao paciente.

No **Capítulo 2**, com cinco subcapítulos, adentra-se na Síndrome de Burnout e Estresse Ocupacional, aspectos das doenças, prevalência, fatores associados em profissionais, interfaces no cuidado e estratégias de enfrentamento para a qualidade vida no trabalho.

O Capítulo 3, com dois subcapítulos, aborda Felicidade no trabalho, numa perspectiva de também abordar as faces positivas no trabalho, a partir das temáticas da felicidade e do prazer do trabalhador, os textos trazem aspectos relevantes para proporcionar um trabalho digno e que vá ao encontro das necessidades dos trabalhadores, promotores de ambientes de trabalho saudáveis e positivos.

O Capítulo 4 traz a temática da Violência no trabalho em serviços de saúde. Três subcapítulos dialogam com o trabalhador acerca do *bullyng* e outras formas de violência nos ambientes de trabalho, com discussões acerca das implicações na saúde dos trabalhadores, na cultura de segurança e cultura de paz.

Ainda, o **Capítulo 5** traz cinco estudos sobre a importância dos Programas de Promoção à Saúde do Trabalhador. Ao exemplificar programas e ações de promoção da saúde dos trabalhadores, os textos pretendem lançar possibilidades aos profissionais e instituições no desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis e seguros, que promovam a saúde mental e física daqueles que cuidam, e que auxiliem na concretização de propostas de intervenção.

A cooperação de 48 pesquisadores, de quatro nacionalidades, no desenvolvimento do *ebook*, permite a abordagem multicultural das temáticas, bem como reflete diferentes experiências e contextos que fomentam o conhecimento sobre dimensões dos contextos de trabalho e da saúde dos trabalhadores. Ainda, na obra original escrita no português do Brasil ou de Portugal, tem-se um **glossário** com os termos mais importantes usados e o **índice remissivo**. O conteúdo passou por validação semântica pelo público alvo, sendo 15 juízes, alcançando IVC global de 0,96. Além disso, os capítulos passaram pela avaliação por pares.

O material didático e instrucional pode subsidiar processos de avaliação interna das instituições de saúde, seus trabalhadores e processos de trabalho relacionados, com vistas à identificação precoce de situações de risco, estresse ou outras formas de adoecimento associado ao trabalho e subsidiar abordagens para mitigá-los. O presente produto técnico-educacional não só fortalece o Programa de Pós-Graduação da instituição, como fruto do MPEAPS, mas também tem potencial para alcançar outras instituições ou serviços de saúde atentos para a importância das temáticas abordadas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e, por consequência, da qualidade da assistência prestada.

Assim, considera-se que, enquanto tecnologia social, esse produto técnico educacional possa ser utilizado como ferramenta de aprendizagem para estudantes de licenciatura e de pós-graduação na área da saúde no trabalho, bem como instrumento de educação permanente e continuada nos serviços de saúde, como um dispositivo de apoio.

Letícia de Lima Trindade, Josiane Carneiro, Elisabete Borges,
Maiara Daís Schoeninger

PRESENTATION

This eBook, entitled “Health Work International: Theories and Experiences for Occupational Health”, is a technical educational product, which was organized based on a study entitled “Compassion Fatigue: ebook for recognition and prevention in health services ”, linked to the Professional Master's Degree in Nursing in Primary Health Care (MPEAPS) at the State University of Santa Catarina (UDESC), designed with the objective of developing an educational technology, in the ebook format as a strategy for the recognition and prevention of Compassion fatigue for healthcare professionals.

The proposal is part of the Study Group on Health and Work (GESTRA) at UDESC and is funded by the Santa Catarina State Research and Innovation Support Foundation (FAPESC).

Furthermore, the proposal has its genesis in the integration of researchers in the international macroproject the “Health Work International Project - HWOPI”, coordinated by Prof. Dr. Elisabete Borges, from the Escola Superior de Enfermagem do Porto, which involves researchers from Portugal, Brazil and Spain, co-authors in the Work.

The Ebook, available digitally, free of charge, consists of five chapters, totaling 17 subchapters, presented in Portuguese and translated into English, including a glossary and index. The work includes topics focused on the health of healthcare professionals, with the aim of contributing to Occupational Health, health promotion and disease prevention in the workplace and the dissemination of scientific knowledge, as foreseen by the HWOPI.

Chapter 1 has two subchapters that address Compassion Fatigue in Health Services. Characterized by the state of exhaustion and biological, psychological and social dysfunction resulting from the process of caring for those who are going through some type of suffering, the phenomenon has a significant impact on the well-being of the professional and affects the physical, mental and social health of the worker and the quality of the service provided to the patient.

In Chapter 2, with five subchapters, we delve into Burnout and Occupational Stress Syndrome, aspects of the diseases, prevalence, associated factors in professionals, interfaces in care and coping strategies for quality of life at work.

Chapter 3, with two subchapters, addresses Happiness in the workplace, with a view to also addressing the positive aspects of work, based on the topics of worker happiness and pleasure, the texts bring relevant aspects to provide dignified work that goes towards meeting the needs of workers, promoting healthy and positive work environments.

Chapter 4 addresses the topic of Violence in the workplace in health services. Three subchapters talk to workers about bullying and other forms of violence in the workplace, with discussions about the implications for workers' health, the culture of safety and the culture of peace.

Furthermore, Chapter 5 presents five studies on the importance of Occupational Health Promotion Programs. By exemplifying programs and actions to promote the health of workers, the texts intend to open possibilities for professionals and institutions in the development of healthy and safe work environments, which promote the mental and physical health of those they care for, and which help in the implementation of proposals for intervention.

The cooperation of 48 researchers, of four nationalities, in the development of the Ebook, allows for a multicultural approach to the topics, as well as reflecting different experiences and contexts that foster

knowledge about dimensions of work contexts and workers' health. Furthermore, in the original work written in Brazilian or Portuguese Portuguese, there is a glossary with the most important terms used and the index. The content underwent semantic validation by the target audience, with 15 judges, reaching an overall CVI of 0.96. In addition, the chapters underwent peer review.

Didactic and instructional material can support internal assessment processes of health institutions, their workers and related work processes, with a view to early identification of risk situations, stress or other forms of illness associated with work and support approaches to mitigate them. This technical-educational product not only strengthens the institution's Postgraduate Program, as a result of MPEAPS, but also has the potential to reach other institutions or health services aware of the importance of the topics covered, contributing to improving the quality of work processes and, consequently, the quality of assistance provided.

Thus, it is considered that, as a social technology, this technical educational product can be used as a learning tool for undergraduate and postgraduate students in the area of occupational health, as well as an instrument for permanent and continuing education in health services, as a support device.

Letícia de Lima Trindade, Josiane Carneiro, Elisabete Borges, Maiara Daís Schoeninger

PARTE 1

FADIGA POR COMPAIXÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1

FADIGA POR COMPAIXÃO: RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

*Josiane Carneiro¹, Maiara Schoeninger², Elisabete Borges³,
Letícia de Lima Trindade⁴*

Introdução

Culturalmente é difundida a ideia de que o profissional de saúde é um indivíduo capacitado, detentor de conhecimentos para socorrer indivíduos em situação de urgência e/ou emergências clínicas. Porém, as transformações ocorridas nas últimas décadas, influenciadas pela globalização e pelos avanços tecnológicos, provocaram alterações no ambiente laboral e, dependendo da forma como o trabalho vem sendo executado, pode estar diretamente associado ao gerador de desgastes e a determinantes no processo de adoecimento do profissional de saúde.¹

O trabalho em unidades de urgência e emergência é dinâmico e exige que os profissionais que atuam nestes locais tenham facilidade de co-

¹Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: josianemc05@hotmail.com ORCID: 0000-0001-8977-806X

²Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com ORCID: 0000-0002-0095-1485

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: elisabete@esenf.pt ORCID: 0000-0002-6478-1008

⁴Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: letrindade@hotmail.com ORCID: 0000-0002-7119-0230

municação, capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irão prestar cuidados de maior complexidade técnica a pacientes graves, alguns com potencial risco de vida. Condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga dos serviços e carência de recursos são fatores que estão presentes no cotidiano dos trabalhadores das urgências.^{2,3}

Cotidianamente, o trabalhador depara-se com situações graves e complexas, nas quais sua principal função é assegurar um atendimento ao paciente com segurança, eficiência e brevidade, reduzindo os riscos à vida.³ Neste cenário de trabalho, muitas vezes os profissionais de saúde convivem com a precariedade dos serviços, estando expostos ao sofrimento dos pacientes, medos, conflitos, disputa de poder, ansiedade e estresse.⁴

Nesse sentido, os serviços de urgência e emergência são conhecidos como ambientes que levam ao estresse, sendo responsáveis, muitas vezes, pelo esgotamento físico e mental dos trabalhadores, podendo ser considerados potenciais desencadeadores de problemas de saúde relacionados ao ritmo acelerado de trabalho, aos longos turnos, ao excesso de carga de trabalho, à superlotação dos serviços, à baixa remuneração salarial, à falta de reconhecimento profissional, à escassez de recursos materiais e humanos e à exposição a situações de violência.⁵

Por tudo isso, os profissionais de urgências e emergência se tornam vulneráveis à Fadiga por Compaixão (FC). Esta se caracteriza por um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem.⁶ As situações traumáticas podem estar relacionadas a episódios isolados, bem como à exposição a médio e longo prazo a fatores estressante.⁶ Ainda, o resultado progressivo e cumulativo ocasionado pelo contato intenso e prolongado com pacientes que demandam situações de vulnerabilidades, podem fazer com que o profissional apresente dificuldades em lidar com esse sofrimento, permitindo a absorção do sentimento negativo e levando a FC.⁷

Este material objetiva provocar reflexões e orientar conceitualmente acerca da FC nos serviços de urgência e emergência, com finalidade de contribuir com o reconhecimento e a prevenção do fenômeno.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo análise teórica reflexiva, elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Lilacs, BVSc, Cinahl, Pubmed e Web Of Science, utilizando os descritores no idioma Português, Inglês e Espanhol: “Fadiga por Compaixão”; “Compassion Fatigue”; “Desgaste por Empatia” AND “Segurança do Paciente”; “Patient Safety”; “Seguridad del Paciente”, acompanhado do operador booleano “AND”, no período de maio a junho de 2022. Após as buscas, os estudos foram exportados para o software Rayyan.

Fadiga por compaixão: conceitos e incidência entre profissionais de urgência e emergência

O processo de empatia em relação a um cliente com experiência traumática resulta em respostas fisiológicas e cognitivas que, se não administradas de forma adaptativa, podem levar a sentimentos e angústias que resultarão em FC.⁶

A FC pode iniciar de forma repentina ou gradual com poucos sintomas e evolução rápida, geralmente acompanhada de sentimentos como desamparo, confusão e isolamento, podendo ocorrer em qualquer situação de cuidado marcada pelo desenvolvimento de compaixão e empatia.^{8,9} A combinação de *Burnout* (BO), Estresse Traumático Secundário (ETS) e a reduzida Satisfação por Compaixão (SC), resulta no fenômeno. Na medida em que os profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência experienciam um novo conjunto de circunstâncias estressoras, a ocorrência da FC aumenta e a satisfação no trabalho diminui.^{7,8}

Além de todas as consequências negativas ocasionadas à saúde do trabalhador a FC resulta em elevação das taxas de absenteísmo e de rotatividade

dos profissionais de saúde nas instituições, na diminuição da produtividade e da interação entre os membros da equipe, acarretando prejuízos no alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados.^{9,10}

A prevalência da FC em profissionais de saúde, reconhecida como uma condição relativa ao processo laboral, demonstra a necessidade das organizações e instituições implantarem programas que incentivem o desenvolvimento da resiliência individual e coletiva, da gestão eficaz das crises, da comunicação entre os membros da equipe, do fortalecimento do relacionamento interpessoal, do reconhecimento da FC como algo que vai acarretar danos para saúde mental e física e oferecer riscos ao trabalhador e ao paciente.¹¹

Uma metanálise demonstrou que tanto os médicos quanto os enfermeiros são afetados pela FC ao desempenharem suas funções, no entanto, os enfermeiros têm mais riscos de desenvolver problemas emocionais, devido ao contato direto e maior envolvimento afetivo com pacientes e familiares.¹² Dentre as principais consequências, o fenômeno ocasiona baixa autoestima, absenteísmo, presenteísmo, insatisfação, alta rotatividade, incapacidade de tomar decisões, diminuição do desempenho, além de sintomas físicos, emocionais, mentais e cognitivos.¹⁰

A identificação e prevenção dos riscos psicossociais é essencial para a promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável.¹³ A conscientização da existência da FC pode permitir que os profissionais gerenciem melhor os desafios e estresses emocionais ocasionados pelo trabalho, melhorando, dessa forma, a qualidade da prestação de serviços.¹⁴

A literatura¹⁰⁻¹⁵ demonstra que as estratégias de prevenção e intervenção diante da FC podem ser agrupadas pessoais/individuais e coletivas/organizacionais. Entre as primeiras destacam-se as práticas do autocuidado, garantindo sono e descanso adequados, tendo equilíbrio entre o trabalho e outros aspectos da vida, o envolvimento em um *hobby*, as atividades físicas, o suporte familiar, social, espiritual, psicológico que o trabalhador busca.

As estratégias coletivas e/ou organizacionais se referem à modificação das situações onde são desenvolvidas atividades laborais, visando a melhoria da comunicação, o fortalecimento do trabalho em equipe, as capacitações e treinamentos, a reorganização do fluxo de funcionamento do serviço, a mudança das condições físico-ambientais permitindo flexibilidade de horário, o melhor dimensionamento da carga de trabalho, a maior participação na tomada de decisão, a qualificação do plano de carreira e a autonomia no trabalho.

De maneira geral, os estudos revisados mostram que cada indivíduo busca, através das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou se adaptar aos eventos estressores, sendo as estratégias coletivas mais recomendadas para alterar o contexto de desgaste.

Conclusão

Entende-se que a FC deve ser reconhecida como um processo de adoecimento mental que pode causar danos à saúde e consequentemente reduzir o desempenho dos profissionais atuantes dos serviços de urgência e emergência. Este fenômeno também pode estar correlacionado negativamente com a satisfação do trabalhador e segurança dos pacientes, ocasionando prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Devido às exigências e aos desafios impostos pelos contextos de trabalho, ressalta-se a necessidade das organizações em capacitar seus profissionais, a fim de que esses reconheçam e previnam a FC. Assim, ressalta-se a necessidade de as instituições proporcionarem um ambiente saudável de trabalho, com recursos suficientes, políticas de valorização, estímulo e apoio ao trabalhador.

Palavras-chave: Profissional de Saúde, Urgência e Emergência, Fadiga por Compaixão.

1 Teixeira GS, Silveira RC, Mininel VA, Moraes JT, Ribeiro IK. Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional da enfermagem em unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-T-CE-2018-0298>.

2 Lopes DF, Santos RB, Giotto AC. Síndrome de *Burnout* e os seus efeitos sobre a vida dos profissionais de enfermagem da urgência e emergência. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 3(1):350-9. Available from: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/290>.

3 World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

4 Baldonado-Mosteiro M, Almeida MC, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, et al. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 27:e3192. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192>.

5 Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. situational factors associated with *burnout* among emergency department nurses. *Workplace Health Saf* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];65(6):262-265. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557637/>.

6 Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR (Org.). *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunnar/Mazel; 1995. p. 1-20.

7 Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia* [internet].

2013 [cited 10 apr 23];18(2):213-21. Available from://doi.org/10.1590/S1413- 294X2013000200006.

8 Craigie M, Osseiran-Moisson R, Hemsworth D, Aoun S, Francis K, et al. The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. *Psychol Trauma* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];8(1):88-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961866/>.

9 Nas E, Sak R. A New Compassion Scale for Children and Its Psychometric Properties. *Child Psychiatry Hum Dev* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];52(3):477-487. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-020-01034-0>.

10 Dirik D, Sak R, Şahin-Sak İT. Compassion fatigue among obstetricians and gynecologists. *Curr Psychol* [internet]. 2021[cited 10 apr 23];40(9):4247-4254. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-02022-w>.

11 Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O, Sayyah Yousef Sayyah N, et al. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];9:e01264. Available from: <https://doi.org/10.1002/brb3.1264>.

12 Alves EM. O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na percepção de *burnout* nos profissionais de cuidados paliativos [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto [internet]. 2020 [cited 26 jan 22]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/129321>.

13 Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];27(3):639-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829113/>.

14 Remegio W, Rivera RR, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The professional quality of life and work engagement of nurse leaders. *Nurse Lead* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];19(1):95-100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922218/>.

15 Gribben JL, MacLean SA, Pour T, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, *burnout*, and compassion satisfaction in pediatric emergency medicine physicians in the United States. *Acad Emerg Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];26(7):732-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204794/>.

CAPÍTULO 2

FADIGA POR COMPAIXÃO: ESTUDOS COM ENFERMEIROS PORTUGUESES

Joana Pereira¹, Leticia de Lima Trindade², Elisabete Borges³

Introdução

Os enfermeiros representam o maior grupo profissional nos cuidados de saúde, e são os responsáveis por garantir as necessidades dos doentes, muitas de elevada complexidade¹. Os mesmos autores reconhecem a profissão como particularmente estressante, pelas interações com o número elevado e frequentemente complexo de doentes de forma continuada, traumática, praticada com recursos limitados e com exigências crescentes. O risco de desenvolver fadiga por compaixão compromete a saúde dos enfermeiros a nível físico e mental, o desempenho profissional e a satisfação com o trabalho, o que pode induzir, dependendo dos recursos individuais de cada pessoa, um quadro de somatização e/ou defesa em relação ao seu trabalho²⁻³.

¹Unidade de Saúde Familiar Santa Justa, Agrupamento de Centros de Saúde de Maia/Valongo, E-mail: joanaferreirapereira@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9930-9491>

²Universidade do Estado de Santa Catarina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó, E-mail: letrindade@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: elisabete@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>

A par da crescente preocupação com este fenómeno multidimensional entre os enfermeiros, foram desenvolvidos estudos na área, com recurso a diferentes instrumentos de avaliação disponíveis. A *Professional Quality of Life - ProQOL5*, de Beth Stamm⁴, avalia a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão nas suas duas dimensões - *burnout* e stress traumático secundário - tendo contribuído de forma significativa para a produção de novo conhecimento científico. Este instrumento foi adaptado à população portuguesa em 2011 apresentando uma boa validade para a avaliação do fenómeno da fadiga por compaixão, dividido em três subescalas, nomeadamente Satisfação por compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Stresse Traumático Secundário (STS), cada uma com dez itens, com resposta autoadministrada tipo escala de *Likert* de 5 pontos⁵. Em 2017, um estudo explorou e confirmou a validade fatorial do instrumento, aplicado a enfermeiros portugueses⁶.

Na avaliação da Qualidade de Vida Profissional dos enfermeiros em vários contextos de trabalho, a prevalência de níveis elevados de fadiga por compaixão e *burnout* e os efeitos negativos na qualidade de vida dos enfermeiros são evidentes em diferentes estudos realizados, existindo uma forte correlação entre a fadiga por compaixão e o *Burnout*¹⁻². Numa meta-análise acerca da prevalência de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão em enfermeiros da Ásia evidenciou níveis mais baixos de satisfação por compaixão e mais elevados de fadiga por compaixão, por outro lado, as Américas e a Europa evidenciaram níveis mais baixos de fadiga por compaixão e mais elevados de satisfação por compaixão⁷. De salientar, que os níveis de fadiga por compaixão nos enfermeiros têm aumentado gradualmente de 2010 a 2019, sendo que, os enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos são os que têm apresentado níveis mais elevados de fadiga por compaixão⁷.

Pretende-se neste capítulo apresentar alguns estudos que identificam os níveis de fadiga por compaixão e descrevem a relação deste fenóme-

no com as variáveis sociodemográficas e profissionais de enfermeiros portugueses.

Fadiga por compaixão: Resultados de estudos com enfermeiros portugueses

Em Portugal, um estudo investigou o fenómeno em enfermeiros, por considerar que apresentava um impacto significativo no bem-estar do profissional e na qualidade dos cuidados de saúde que dele discorrem, tendo por base a evidência de estudos prévios⁸. Verificando que, de uma amostra de 247 enfermeiros a exercerem em serviços de oncologia, cuidados paliativos e outros contextos hospitalares do Norte e Centro do país, a maioria apresentou níveis médios a altos de *burnout*, de fadiga por compaixão e de satisfação por compaixão. Na associação com as variáveis sociodemográficas e profissionais, as mulheres revelaram média superior na pontuação de satisfação por compaixão comparativamente aos homens.

Mais tarde, Duarte⁶ apontou a ProQOL5, como uma escala que avalia os aspetos positivos e os negativos associados ao trabalho, relevante para a investigação do fenómeno, contribuindo de igual modo para o desenvolvimento de intervenções com vista à melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o *burnout* e a fadiga por compaixão, mas também promover a perceção de satisfação com o trabalho de cuidar de outros. Aplicou no seu estudo apenas dezanove itens da ProQOL5, numa amostra de 390 enfermeiros, com média de idade de 38 anos, a maioria mulheres e casadas, a exercerem funções em vários serviços de hospitais públicos do norte e centro do país. Saliu que, as enfermeiras apresentaram níveis mais elevados de satisfação por compaixão comparativamente aos enfermeiros, assim como, os enfermeiros que trabalhavam em serviços de oncologia apresentaram níveis mais elevados de fadiga por compaixão do que os restantes participantes. Por fim, os enfermeiros que apresentaram níveis elevados de

burnout e fadiga por compaixão, e baixos de satisfação por compaixão, também apresentaram níveis elevados de depressão, ansiedade e sintomas de stresse.

Por seu lado, outros investigadores⁹ descreveram num estudo com 87 enfermeiros do serviço de urgência e emergência de adultos de um hospital da cidade do Porto, sendo a maioria mulheres com média de idade de 37 anos e sem parceiro. Constataram médias mais elevadas na satisfação por compaixão, sobretudo nos participantes com mais idade, seguida do *burnout* e do stresse traumático secundário, este último com médias mais elevadas nos mais novos, com menos tempo de experiência profissional e sem atividades de lazer. Existindo fadiga por compaixão na grande percentagem de enfermeiros com níveis elevados de *burnout* e stresse traumático secundário, os quais se associaram a características individuais como a idade, o sexo, a experiência profissional e as atividades de lazer.

Do mesmo modo, numa amostra constituída por 201 enfermeiros, a maioria do distrito do Porto, mulheres, jovens, com parceiro, licenciadas, provenientes de centro hospitalar universitário, com vínculo definitivo, verificaram-se valores médios nas três dimensões da ProQOL5¹⁰. O *burnout* apresentou correlação negativa e significativa com a satisfação por compaixão, e também, uma correlação significativa positiva com o stress traumático secundário. No que diz respeito às análises comparativas da satisfação por compaixão, *burnout* e stresse traumático secundário em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, os enfermeiros que trabalhavam 35 horas semanais ou menos, apresentaram médias superiores de stress traumático secundário.

Recentemente, no estudo com 127 enfermeiros gestores de organizações hospitalares portuguesas durante a pandemia por Covid-19, a maioria mulheres, com mais de 50 anos de idade, com parceiro, com filhos e a exercerem em hospitais públicos, apresentaram médias mais elevadas de satisfação por compaixão, do que de *burnout* ou de stress

traumático secundário¹¹. Os valores dos scores nos pontos de corte, comparados com os valores de Stamm⁴ e Carvalho e Sá⁵, apresentam valores médios superiores de satisfação por compaixão e valores médios inferiores de *burnout* e stress traumático secundário. Das mesmas autoras, a associação da ProQOL5 com as variáveis sociodemográficas e profissionais, revelaram que, os participantes do sexo masculino apresentaram médias superiores de *burnout*, em relação ao sexo feminino. Assim como, os participantes com filhos apresentaram médias superiores de satisfação por compaixão. No que diz respeito às variáveis profissionais, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Na Tabela 1 sintetiza-se os valores dos pontos de corte da ProQOL5 em resultados T-score, permitindo assim, a comparação dos valores das três subescalas entre os estudos mais recentes em Portugal com enfermeiros⁹⁻¹¹, versão original⁴ e a versão de adaptação portuguesa⁵, verificando resultados similares nas diferentes amostras e contextos.

Tabela 1

Pontos de corte da ProQOL5 dos estudos Pereira et al. (2022), Batalha et al. (2022), Borges et al. (2019), Carvalho e Sá (2011) e Stamm (2010).

Percentis Pontos de corte	(Pereira et al., 2022)			(Batalha et al., 2022)			(Borges et al., 2019)			(Carvalho & Sá, 2011)			(Stamm, 2010)		
	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS
25	43,1	43,1	42,5	43,6	43,1	42,5	42,9	42,8	43	44	42	41	44	43	42
50	51,1	48,2	48,4	51,1	49,1	48,0	51,4	48,1	48,3	50	50	49	50	50	50
75	57,5	56,8	55,8	56,7	57,2	56,8	56,4	58,8	59,1	59	56	57	57	56	56

Conclusões

A ProQOL5 tem sido aplicada na avaliação da Qualidade de Vida Profissional dos enfermeiros portugueses em vários contextos de trabalho. Os participantes dos estudos apresentam valores moderados de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão no score da ProQOL5. Na associação com as variáveis sociodemográficas, a fadiga por compai-

xão é influenciada por fatores pessoais como o sexo, a idade, a presença de filhos, as atividades de lazer, a experiência profissional, o número de horas de trabalho e o tipo de serviço dos enfermeiros.

Como descrito pela autora do modelo⁹, a Qualidade de Vida Profissional é a qualidade que cada profissional sente a desempenhar funções como cuidador, equilibrando o polo positivo (satisfação por compaixão) e o polo negativo (fadiga por compaixão), se a satisfação por compaixão apresenta valores mais elevados, maximiza a sensação de bem-estar do profissional e reduz o risco de fadiga por compaixão. A literatura permite afirmar que a satisfação por compaixão está em sinergia com um ambiente de trabalho positivo e conseqüentemente melhor desempenho laboral. O estímulo da implementação de estratégias para promover a satisfação por compaixão está dependente também da liderança. A mesma autora refere que estes profissionais devem beneficiar de oportunidades para desenvolver a formação, assim como, de compromisso por parte da organização na progressão profissional.

Palavras-Chave: Enfermagem; Fadiga por Compaixão; Burnout.

Referências

1 Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International J of Nurs Studies* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];69: 9–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>.

2 Lee HJ, Lee M., Jang SJ. Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and *Burnout* among nurses working in trauma centers: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];18(14):7228. Available from: <http://doi.org/10.3390/ijerph18147228>.

3 Bahari G, Asiri K, Nouh N, Alqahtani N. professional quality of life among nurses - compassion satisfaction, *burnout*, and secondary traumatic stress: A multisite study. *SAGE Open Nurs* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 8:23779608221112329. Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608221112329>.

4 Stamm, BH. The concise manual for the professional quality of life scale (2nd.). Eastwoods, LLC [internet]. 2010 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>.

5 Carvalho P, Sá L. Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”. Tese [Mestrado]: Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Repositório da Universidade Católica Portuguesa [internet]. 2011 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/1.%20Fadiga%20por%20Compaix%C3%A3o%20nos%20Cuidados%20Paliativos%20em%20Portugal%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20ICS-UCP-Port~1.pdf>.

6 Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]:529–542. Available from:: <https://doi.org/10.14417/ap.1260>.

7 Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CT, Tang P, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International J of Nurs Studies* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];120:103973. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>.

8 Cruz B. *Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses*. Tese [Mestrado]: Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Repositório científico da Universidade de Coimbra [internet]. 2014 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/27328>.

9 Borges EM, Fonseca CS, Baptista PC, Queirós CM, Baldonado-Mosteiro M, et al. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];27. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>.

10 Batalha EM, Melleiro MM, Borges EM. Relationship among compassion satisfaction, *burnout* and traumatic stress with the patient safety. *J Nurs Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];12(2):e2212222270. Available from: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.3340>.

11 Pereira J, Trindade L, Borges E. Fadiga por compaixão e cultura de segurança do doente – um estudo com enfermeiros gestores. Tese [Mestrado]: Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/42322>.

PARTE 2

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E
ESTRESSE OCUPACIONAL**

CAPÍTULO 3

SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

*Caroline Schacker Evangelista¹, Melanie Schröder², Lucas Melo de Souza³,
Adriana Aparecida Paz⁴.*

Introdução

Este capítulo poderia começar de uma maneira mais científica, afinal de contas, escrever demanda pesquisa, estudo, tempo e certa formalidade. Porém, como vamos falar sobre um assunto que é provocado pela exaustão, não queremos que você se sinta assim enquanto estiver lendo. Em janeiro de 2022, a cantora pop Beyoncé lançou o single “*Break my Soul*”, que rapidamente viralizou e tornou-se o hino da “*Great Resignation*”, um movimento massivo de pedidos de demissão por parte de trabalhadores nos Estados Unidos da América e em outras partes do mundo. E a temática da música adivinhem qual era? Isso mesmo, *Burnout!*

¹Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: aenfacarol@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8909-3076>

²Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: melanieschroder10@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4591-2436>

³Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: luccas@ufcspa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1629-9935>

⁴Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: adrianap@ufcspa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

Ainda neste mesmo período, a Síndrome de *Burnout* (SB) foi codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuindo para uma definição mais universal para diagnóstico da doença e unificou as variações do termo antes presentes na literatura.

O trabalho possui a capacidade de gerar saúde, bem-estar e sensação de pertencimento às pessoas pelo vínculo social que promove. Entretanto, pode representar um fator de risco e gerar o adoecimento (e a morte antecipada) dos trabalhadores. As doenças e os agravos relacionados ao trabalho (DORT) são reconhecidos como qualquer dano à integridade física ou mental das pessoas, decorrente das condições, podendo estas serem adversas, em que o trabalho é realizado. Estima-se que em 2017 foram registradas cerca de 2,78 milhões de mortes atribuídas ao trabalho no mundo, e que este dado representa 5% dos eventos ocorridos naquele ano, e doenças relacionadas ao trabalho (DRT) representaram 86,7% dessa carga de óbitos mundial, destes 13,3% são ocorrências de acidentes de trabalho fatais. Lembrando que esses números estão subestimados, pois o reconhecimento da relação entre a doença e o trabalho ainda não se apresenta determinante para o diagnóstico rápido e imediato.¹

No Brasil, a portaria 1.339/1999 instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que passou a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) para uso clínico e epidemiológico², sendo atualizada pela portaria 2.309/2020.³ Essa lista não é exclusiva, ou seja, as doenças que não fazem parte da lista podem ser reconhecidas como DORT se existir o histórico de exposição ocupacional que justifique o estabelecimento da relação de risco.²

O reconhecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho compreende um processo social para além da dimensão técnica e de evidências científicas. Por isso, a elaboração das Listas de DORT foi um marco importante para a sociedade, por esclarecer e definir essa relação, bem

como orientar a elaboração de documentos por parte das agências internacionais, como Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS.⁴

Publicado em junho de 2022, o Relatório Mundial de Saúde Mental da OMS retratou que, no ano de 2019, um bilhão de pessoas viviam com transtornos mentais e 15% dos adultos em idade laboral sofriam com algum transtorno mental. Embora a Convenção de Segurança e Saúde dos Trabalhadores Ocupacional da OIT (Nº 155) e a Recomendação (Nº 164) forneçam estruturas legais para proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores, o Atlas de Saúde Mental da OMS constatou que apenas 35% dos países relataram possuir programas nacionais de promoção e prevenção da saúde mental relacionada ao trabalho. O surgimento da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) desencadeou um aumento de 25% na ansiedade e depressão geral em todo o mundo. Isso expôs o despreparo dos governos para enfrentar o impacto sobre a saúde mental, revelando uma escassez global crônica de recursos para a essa área. Em 2020, os países gastaram, em média, apenas 2% dos orçamentos em saúde mental, com países de renda média-baixa foi investido menos de 1%.⁵

Na última década, foram registrados 14.487 casos de investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, sendo destes 513 casos de SB (87 no ano de 2022) conforme o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde.⁶ Conforme documento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), baseado em dados série trimestral da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, estima-se que cerca de 100,2 milhões exercem alguma atividade profissional, com ou sem registro formal no Brasil.⁷ Embora a cada dia vemos e ouvimos ser citada por veículos de imprensa em todo o mundo, tais dados deixam evidente a subnotificação da SB, bem como dos transtornos mentais em geral.

Objetivo

O presente capítulo tem por objetivo contextualizar a Síndrome de *Burnout* quanto aos aspectos da doença, diagnóstico e prevenção para a qualidade de vida no trabalho.

Método

Este capítulo foi elaborado a partir de um levantamento bibliográfico do tipo revisão narrativa da literatura na base de dados bibliográficos da plataforma *Medline*. Utilizou-se a estratégia de busca “esgotamento profissional” AND “pessoal da saúde” AND “saúde do trabalhador”. Foram consultados estudos publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, dos últimos cinco anos (2018-2022) e disponíveis para leitura na íntegra de forma gratuita. Foram encontrados 698 estudos, que após a leitura do título e resumo, selecionou-se 15 artigos para a leitura completa e incluídos na discussão. Optou-se por excluir estudos de literatura cinzenta, bem como aqueles que não respondiam à questão de pesquisa dos autores. Do total de estudos excluídos (n=683), grande parte (n=314) tinha como tema a pandemia de Covid-19.

Resultados e discussão

A SB é reputada como consequência do desequilíbrio entre os estressores laborais e a capacidade de resposta do indivíduo, gerando a cronicização do estresse ocupacional. Sua denominação provém da expressão de língua inglesa *Burn out*, que traduzida pode significar queimar-se ou reduzir a cinzas. Nas ciências sociais, é entendida como esgotamento ou desgaste humano⁸, com as descobertas iniciais sobre a SB atribuídas ao psiquiatra Herbert Freudenberger (1974). Ele utilizou o termo “*staff burn-out*” (Síndrome de *Burnout*) para classificar o estado de exaustão física e emocional observados em voluntários com os quais trabalhava,

embora o distúrbio precede sua classificação a década de 50 por haver na literatura publicações de relatos e estudos de caso descrevendo os mesmos sintomas e sentimentos.⁹

O esgotamento psíquico, emocional e físico do indivíduo sustenta à SB, uma definição multidimensional expressa por três variáveis essenciais: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional.⁹ Dentre os mais afetados pela SB, de acordo com a literatura, estão os profissionais de saúde, com maior prevalência em enfermeiros. Em estudo que buscou identificar e comparar os níveis de SB entre enfermeiros portugueses, espanhóis e brasileiros, identificou-se que aproximadamente 42% deles apresentaram níveis moderados/altos de SB, não sendo encontradas diferenças entre os países.¹⁰

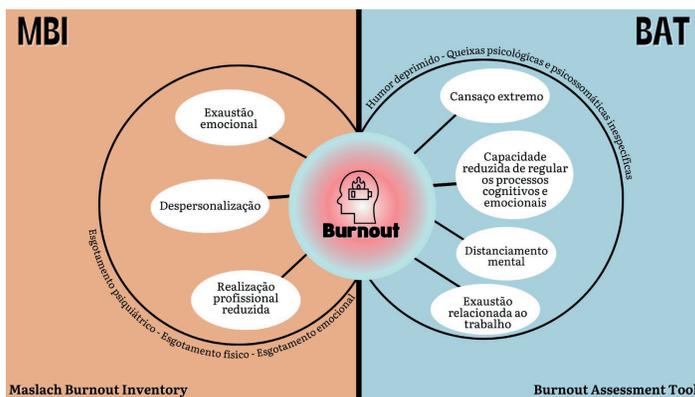
Para a identificação da SB, o questionário JBEILI, elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, é considerado pelos pesquisadores o questionário padrão ouro (até o momento), apesar de suas deficiências conceituais, psicométricas e práticas. Inspirado no Maslach Burnout Inventory (MBI), o JBEILI foi utilizado em 88% de todas as publicações (mais de 80.000) sobre o assunto.¹¹ Ele é composto por 20 alternativas que variam de 1 a 5, indicando a frequência em que os indivíduos experimentaram a situação indicada pelo item, enumerados da seguinte forma: 1-Nunca, 2-Anualmente, 3-Mensalmente, 4-Semanalmente, e 5-Diariamente. As alternativas são distribuídas para avaliação dos três componentes da SB: exaustão emocional, despersonalização e a realização profissional. O escore é calculado através da soma dos resultados do questionário JBEILI, que possui a pontuação de 0 a 100, na qual de 0 a 20 se refere a nenhum indício de SB; de 21 a 40, possibilidade de desenvolver a SB - alerta para ações de prevenção; de 41 a 60, fase inicial de SB, apresentando sintomas específicos; 61 a 80, a SB começa a se instalar, sendo necessária o auxílio profissional para combater o agravamento dos sintomas; e, entre 81 a 100, se instala a fase alarmante da SB, na qual necessita acompanhamento profissional com urgência.¹²⁻¹³

Apesar de sua popularidade, o MBI tem o apontamento de três falhas (1ª conceituação; 2ª deficiências técnicas psicométricas e 3ª aplicabilidade prática para avaliação individual) identificadas em um estudo do tipo avaliação de instrumento, publicado em 2020, que traz novo conceito da SB como o “*um estado de exaustão relacionado ao trabalho que ocorre entre os funcionários, caracterizado por cansaço extremo, capacidade reduzida de regular os processos cognitivos e emocionais e distanciamento mental. Estas quatro dimensões centrais do burnout são acompanhadas por humor deprimido, bem como por queixas psicológicas e psicossomáticas inespecíficas*”.^{11:4} A reconceituação permitiu a criação de um novo questionário psicométrico sólido e útil na prática para a avaliação individual e em grupo da SB, denominado *Burnout Assessment Tool* (BAT). O BAT consiste em 33 itens e mede as dimensões centrais (BAT-C) de SB, bem como as dimensões secundárias (BAT-S), em que quanto maior a pontuação, maior o nível de SB, independente de sexo, idade e nacionalidade.¹¹

Vale ressaltar que embora vários questionários alternativos de *Burnout* tenham sido propostos, como por exemplo, *Burnout Measure* (BM), *Shirom Melamed Burnout Measure* (SMBM), *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), *Granada Burnout Questionnaire* (GBQ), *Bergen Burnout Inventory* (BBI) e *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), nenhum instrumento atendeu a todas as preocupações supracitadas.¹¹

A Figura 1 expressa as diferenças dos domínios entre os instrumentos MBI e BAT para rastreamento da SB.

Figura 1: Domínios dos instrumentos que rastreiam a Síndrome de Burnout.



Fonte: Próprios autores (2023).

Recentemente, *Jacinda Ardern* anunciou a sua renúncia ao cargo de primeira-ministra da Nova Zelândia alegando SB como uma das principais razões. Em entrevista à Revista Forbes-Mulher, a mesma declarou: *“Ser uma irmã melhor, uma filha melhor, uma parceira melhor, melhor em nosso trabalho, melhor em cuidar – tudo. Acho que carregamos tanta expectativa e culpa. É difícil saber como equilibrar isso”*.^{14:2}

A SB é uma doença que inviabiliza a vida laboral do trabalhador, impacta negativamente na produtividade organizacional, afeta o desempenho econômico do país quanto à sua força de trabalho e gera custos associados aos afastamentos por adoecimento. Os recursos de trabalho, que são os instrumentos e características usados para lidar com as exigências laborais (podendo ser equipamentos, informações estratégicas, criação de equipes ou suporte especializado) atuam como importante fator de proteção psicossocial ao *Burnout*.

Um estudo que objetivou investigar a relação entre o *Burnout* e a satisfação de vida em trabalhadores brasileiros, ressaltou o quanto se faz necessário prestar maior atenção e investir nas ações para seu desenvolvimento na prática profissional, tanto por políticas organizacionais específicas, quanto as governamentais. As ações adotadas devem visar a busca de um trabalho saudável, com metas de desempenho que energizam os trabalhadores e conduzam a resultados que tragam realização profissional, e conseqüentemente, a satisfação de vida do trabalhador. Segundo os dados dessa mesma pesquisa, planejar a estratégia de qualquer organização ou instituição com foco unívoco nas exigências, sem avaliar os recursos de trabalho que sejam impulsionadores do desempenho, significa aumentar a probabilidade de ocorrências de desgastes de energia laboral sem recarga adequada ou, dito de outro modo, do *Burnout*.¹⁵

Em se tratando de ações preventivas ainda é um desafio para área da gestão do trabalho (empregadores), visto que quando diagnosticado os distúrbios osteomusculares, acidentes de trabalho e estresse físico são adotadas ações para minimizar o adoecimento por meio de repouso e descanso dos trabalhadores. Em contrapartida, quando o desgaste é psíquico torna-se um desafio o diagnóstico, tratamento e ações individuais e coletivas. Contudo, este tipo de desgaste afeta a qualidade de vida e saúde do trabalhador.¹³ Ademais, na literatura consultada existe a indicação pelos autores para estabelecer ações para prevenção do estresse psíquico. Entretanto, não se encontram publicações que descrevam as ações exitosas aplicadas aos trabalhadores pela equipe de saúde do trabalhador e/ou empresas, de modo a compartilhar e replicar estas ações preventivas que valorizam a saúde mental dos trabalhadores.

A SB não se restringe a uma única área de atuação profissional ou população, uma vez que estímulos estressores podem ser encontrados em todas as atividades, qualquer pessoa pode desenvolver a doença. Nas fases iniciais, raramente apresenta sintomas e desconfortos e tão pou-

co são associados pelo indivíduo, embora, perceba uma piora de sua saúde. Por sua vez, o diagnóstico ocorre apenas quando a condição de saúde e qualidade de vida são afetados com a instauração de distúrbios psicossomáticos.¹³

Diante dos aspectos da SB, a qualidade de vida no trabalho (QVT) é almejada pelos profissionais, haja vista a relação inversamente proporcional que possuem, em que altos indicadores de *Burnout* representaram baixos índices de QVT e vice-versa. Conforme estudo que investigou a presença dos indicadores desta, como apurar a relação da QVT, com a incidência da SB e analisar a influência da presença da desta na percepção de saúde do trabalhador em profissionais atuantes em área administrativa em empresas públicas e privada.¹³

Conclusões

Ainda que desde 2022 a SB tenha ganhado notoriedade por conta dos impactos na saúde de trabalhadores, empregadores e sociedade, observa-se uma lacuna de produções científicas que abordam maneiras preventivas de romper com o ciclo do estresse laboral, principalmente, com foco em políticas públicas de saúde.

Palavras-Chave: Esgotamento Psicológico; Esgotamento Profissional; Saúde do Trabalhador; Doenças Profissionais.

Referências

- 1 Silva JS, Bandini M, Baeta KF, Dias EC. Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho no Brasil. *Rev Bras Saude Ocup* [internet]. 2022 [cited 05 jan 23];47:e11. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/34220PT2022v47e11>.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Portaria 1339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 1999 [cited 10 apr 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Portaria 2309 de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Brasília, Ministério da Saúde [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>.
- 4 Figueiredo L. Adoecimento psíquico no trabalho. *Est neg acad* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];4:94-100. Available from: <https://portaldervistas.esags.edu.br/index.php/revista/article/view/101/106>.
- 5 Organização Mundial da Saúde (SZ). World mental health report: Transforming mental health for all [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Notificação de Agravos à Saúde. Investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho -

notificações registradas no SINAN NET - Brasil [internet]. [cited 10 apr 23]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinan-net/cnv/transmentalbr.def>.

7 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). Desempenho recente do mercado de trabalho e perspectivas. Número 56 - Nota de Conjuntura 25 - 3º trimestre de 2022 [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/09/220920_cc_56_nota_26_mercado_de_trabalho.pdf.

8 Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an Understanding of the *Burnout* Phenomenon. *JJ Appl Psychol* [internet]. 1986 [cited 10 apr 23];71(4):630-40. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1987-11698-001>.

9 Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of *burnout*. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis [internet]. 1993 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780203741825-1/historical-conceptual-development-burnout-christina-maslach-wilmar-schaufeli>.

10 Borges EM, Queirós CM, Abreu MS, Mosteiro-Diaz MP, Baldonado-Mosteiro M, et al. *Burnout* entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. *Rev Latinoam Enferm* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];29:e3432. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>.

11 Schaufeli WB, Desart S, Witte H. *Burnout* Assessment Tool (BAT)—Development, validity, and reliability. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];17(24):9495. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>.

12 Jbeili C. Questionário preliminar de identificação da *burnout* [internet]. 2008 [cited 10 apr 23]. Available from: http://www.chafic.com.br/index_arquivos/burnout.pdf.

13 Quadros AH, Minagawa JS. Associação entre síndrome de *burnout*, qualidade de vida e percepção de saúde do trabalhador. Rev Científica da UMC [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];6(1):1-17. Available from: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/709>.

14 King MP. Por que a decisão de Jacinta Ardern faz tanto sentido para as mulheres. Forbes [internet]. 2023 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://forbes.com.br/forbes-mulher/2023/01/por-que-a-decisao-de-jacinda-ardern-faz-tanto-sentido-para-as-mulheres/>.

15 Vazques AC, Santos AS, Costa PV, Freitas CPP, Witte H, et al. Trabalho e bem-estar: Evidências da relação entre *burnout* e satisfação de vida. Avaliação Psicol [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];18(4):372-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18917.05>.

CAPÍTULO 4

SÍNDROME DE BURNOUT: A PANDEMIA COVID-19 COMO FATOR DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cristina Queirós¹, Miguel Cameira²

Introdução

Em maio de 2019 a Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS)¹ reconheceu o burnout com um fenómeno ocupacional, alertando entidades empregadoras, trabalhadores e cidadãos para os prejuízos que este acarreta para o desempenho, produtividade, e, sobretudo, para o impacto negativo que tem na saúde mental dos trabalhadores. Já em 2017 a saúde mental no trabalho tinha sido tema do Dia Mundial da Saúde Mental², a que acresce a preocupação da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA)³ com os riscos psicossociais no trabalho, nomeadamente o stress. Mais tarde, em 2018, a Fun-

¹ <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

² <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2017>

³ <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>

¹Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, cqueiros@fpce.up.pt, ORCID orcid.org/0000-0002-8045-5317

²Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, cameira@fpce.up.pt, ORCID orcid.org/0000-0002-1629-3608

dação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND)⁴ alertou para a necessidade de estudos comparativos sobre o impacto do burnout na saúde dos trabalhadores e na produtividade das organizações. Mais recentemente, a Organização Internacional do Trabalho (ILO)⁵ reforçou o alerta da OMS com base nos resultados do seu relatório de setembro de 2022, o qual sugere a necessidade de se investir na promoção da saúde mental no trabalho. Este documento refere que 60% da população são trabalhadores e que metade do prejuízo social com situações de doença mental são custos indiretos, como por exemplo, diminuição da produtividade, perdendo-se 12 bilhões de dias de trabalho devido a depressão e ansiedade.

Assim, devido às constantes alterações e exigências no mundo laboral, a saúde mental, e nesta o stress ocupacional e o burnout, ganharam visibilidade, sendo importante conhecer o estado psicológico dos trabalhadores para prevenir problemas futuros e promover o bem-estar no trabalho. Contudo, para tal são necessários instrumentos de tipo psicológico que identifiquem o adoecer psicológico, bem como estratégias e intervenções de tipo individual e/ou organizacional que promovam a saúde mental e ocupacional.

Após o reconhecimento do burnout como um fenómeno ocupacional em 2019, o mundo laboral e o mundo académico confrontaram-se com a necessidade de delimitar com rigor o burnout e foi reconhecido o seu impacto financeiro⁶, assistindo-se também ao proliferar do tema da felicidade no trabalho⁷. Inesperadamente, em março de 2020 a OMS declarou a pandemia COVID-19, a qual obrigou a longos confinamentos e exigiu uma adaptação e reformulação dos contextos laborais, nomeadamente teletrabalho e trabalho presencial (este sobretudo nos pro-

⁴ <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-in-the-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu>

⁵ https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_856821/lang--en/index.htm

⁶ <https://expresso.pt/economia/2018-05-12-Burnout-custa-329-milhoes-por-ano-as-empresas>

⁷ https://expresso.pt/economia/dinheiro_banco/dinheiro_planear/dinheiro_planear_Carreira/em-busca-da-felicidade-no-trabalho=f590041

fissionais de saúde para o combate à pandemia). Dois anos depois, em março de 2022 a OMS⁸ alertou para um aumento de 25% de problemas de saúde mental, sobretudo depressão e ansiedade, mas também stress pós-traumático e burnout. Importa, então, refletir sobre a pandemia como um fator de risco para a síndrome de burnout, estruturando-se este texto em duas partes: na primeira define-se o conceito de burnout e seus fatores de risco; na segunda descreve-se o impacto psicológico da pandemia e a prevalência do burnout.

Objetivo

Pretende-se descrever e refletir sobre o impacto psicológico da pandemia Covid-19 como fator de risco para o desenvolvimento (ou agravamento) da síndrome de burnout nos profissionais de saúde. Note-se que pela pertinência e complexidade do tema inúmeros estudos têm sido publicados, optando-se por referir apenas alguns mais ilustrativos e abrangentes. Desde a definição de burnout nos anos 70 até ao impacto da pandemia Covid-19 na saúde mental, existem variados estudos sobre fatores de risco psicossocial no burnout, bem como sua prevalência, pelo que este texto tem um formato de sensibilização genérica quer em termos de conteúdos científicos (citando várias revisões sistemáticas que permitem conclusões melhor fundamentadas e, por sua vez, conhecer mais estudos), mas também socorrendo-se de dados existentes nos sites de instituições que, sobretudo na Europa, desenvolvem e publicam estudos de vários países, como a EU-OSHA, ILO, OECD e EUROFOUND, sem esquecer a OMS.

Desenvolvimento

Burnout: conceito e fatores de risco

Enquanto conceito definido teoricamente e investigado na prática, o burnout surge na década de 70 simultaneamente definido nos Estados

⁸ <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-Covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>

Unidos da América pelo psiquiatra americano Herbert Freudenberger e pela psicóloga social Christina Maslach^{1,2}, ambos preocupados com um conjunto de sintomas individuais que colocavam em risco a saúde psicológica e física dos trabalhadores, mas também afetavam as organizações onde estes trabalhavam causando problemas no desempenho e na produtividade, nomeadamente na prestação de serviços a outrem. Contudo, os primeiros sintomas de burnout foram descritos 20 anos antes^{2,3} a propósito da enfermeira psiquiátrica Miss Jones que relatou sentir-se progressivamente mais sobrecarregada e menos recompensada enquanto prestadora de cuidados, bem como sentindo que perdia suporte social e diminuía a sua capacidade de trabalho. Também Bradley⁴ descreveu como “*staff burn-out*” o desgaste de profissionais dos serviços prisionais, realçando a necessidade de medidas organizacionais. Talvez como resultado de mudanças do contexto laboral, nos Estados Unidos da América, em 1974 Freudenberger⁵ identificou em terapeutas de uma clínica de atendimento a toxicodependentes sintomas de desgaste emocional e de diminuição dos ideais altruístas de ajuda, definindo o burnout como um esgotar dos recursos provocados por exigências constantes dos utentes. Em 1976 Maslach¹ descreveu sintomas semelhantes devido a anos a gerir os problemas de outros até se quebrar algo no interior do profissional de ajuda, resultando o burnout da erosão da alma do trabalhador.

Note-se que tudo se inicia com fontes de stress no trabalho nas quais a pessoa sente que não dispõe dos recursos suficientes, iniciando um processo de esgotamento desses recursos e terminando num estado de burnout. Ou seja, no stress a pessoa tem a sensação deste desequilíbrio, mas considera que ainda dispõe de controle para gerir as fontes de stress e que a situação é intensa, mas temporária. Já no burnout a pessoa tem a sensação de ter esgotado os seus recursos e estes serem insuficientes para enfrentar uma situação que vai durar no plano temporal, não sendo possível ver “*uma luz ao fundo do túnel*”.

Apesar de existirem vários modelos de teorização do burnout, o modelo de Maslach e colegas¹ é mundialmente o mais consensual, definindo o burnout como um processo de desadequada gestão do stress crónico no trabalho, do qual resulta um estado de esgotamento dos recursos do trabalhador face às exigências da sua tarefa, prejudicando a sua saúde, mas também o seu desempenho e produtividade. Embora inicialmente o burnout tenha sido descrito nas profissões de ajuda devido à necessidade de expressar empatia e tentar aliviar o sofrimento físico e psicológico dos utentes do serviço, rapidamente se verificou que afetava trabalhadores de diferentes profissões, tendo sintomas comuns.

Estes sintomas, baseados no modelo teórico de Maslach e colaboradores¹ foram agrupados em três grandes dimensões: exaustão emocional, cinismo ou despersonalização, e perda da eficácia ou da realização profissional. A primeira dimensão é a exaustão emocional, resultando da desadequada gestão do stress profissional crónico ao longo dos anos, fazendo esgotar os recursos do trabalhador e gerando um enorme cansaço físico e psicológico. Assim, tudo o que anteriormente era concretizado no trabalho com facilidade, agora, por mais simples que seja, obriga a um esforço enorme, gerando desconforto, frustração e desespero, expressos em afirmações como “*já não aguento mais*” ou “*não consigo, mas antes fazia isto facilmente*”. Esta sensação de exaustão frequentemente começa por um cansaço físico que a pessoa não atribui ao burnout, mas rapidamente se alarga a um cansaço emocional e psicológico que deteriora as relações com outras pessoas, seja a nível pessoal ou profissional. O trabalhador sente a sua energia diminuída, tem dificuldade em enfrentar novas ou imprevistas tarefas, o seu descanso é insuficiente (ex.: necessitar de mais horas de sono ou ter um sono ser pouco recuperador) e a pessoa tem a sensação de um esgotar progressivo da sua energia física e anímica/emocional/psicológica.

Durante esta fase de exaustão progressiva a pessoa sente que começa a mudar a sua forma de enfrentar as exigências no trabalho e surge a

segunda dimensão, designada como cinismo ou despersonalização, pois muda a “*personalidade*” no sentido da frieza e distanciamento emocional. Apesar de nas profissões de ajuda a sequência mais habitual ser o burnout iniciar-se pela dimensão de exaustão e em seguida surgir a dimensão do cinismo, em profissões que lidam com o lado sombrio da sociedade (ex.: forças policiais, serviços prisionais), pode iniciar-se por um distanciamento emocional e só em seguida surgir a exaustão. Neste modelo de segunda fase do burnout como sendo o cinismo/despersonalização, estes ocorrem quando o trabalhador, para ultrapassar a sensação de esgotamento e perda de energia, começa a desinvestir e afastar-se das suas tarefas e dedicação ao trabalho, pois tudo se foi transformando em fonte de stress contínuo. Para poupar os poucos recursos que ainda tem para enfrentar as fontes de stress no trabalho, a pessoa adota uma postura fria e desligada e não se envolve, pois está extremamente desiludida. Contudo este distanciamento e pessimismo leva à perda de suporte social no trabalho pois as outras pessoas vão-se afastando e gera-se um círculo vicioso de isolamento e distanciamento, que faz diminuir o bem-estar individual e prejudica o desempenho e eficácia no trabalho. Por vezes este isolamento é acompanhado de culpa (sobretudo na prestação de serviços ou de cuidados) e o trabalhador pode até ter a sensação de perseguição pelos outros e que estes conspiram para o/a prejudicar. É de realçar que nesta dimensão de interação/isolamento o burnout pode-se transformar em algo “*contagioso/imitativo*” pois não só um trabalhador em burnout sobrecarrega os restantes devido à diminuição do seu desempenho, como também os restantes se revêm no seu esgotamento, podendo “*imitar*” essa desistência e desinvestimento no trabalho⁶.

Estão, pois, criadas as condições para a terceira dimensão do burnout se ir instalando, não constituindo a última etapa pois vai coexistindo com as dimensões anteriores, e correspondendo à diminuição da auto-eficácia e da realização profissional que o trabalho possibilitava. Recor-

de-se que devido à exaustão física e emocional as tarefas tornam-se mais cansativas, lentas de executar e podem até ter erros, o que vai destruindo a confiança e competência do trabalhador, diminuindo a sua motivação, aumentando a vergonha pelos erros e favorecendo o isolamento das outras pessoas, sobretudo colegas. Há também alterações cognitivas que favorecem este pior desempenho, pois os recursos individuais estão a ser gastos no *coping*/enfrentamento do stress crónico e não são suficientes para a exigência das tarefas.

Note-se que neste modelo tridimensional de Maslach e colegas¹ o burnout ocorre quando simultaneamente existe elevada exaustão emocional, elevado cinismo e baixa realização, sendo a pessoa em burnout descrita como “*ele/ela não era assim, era uma pessoa muito dedicada ao trabalho e não se isolava, etc.*”, expressando este lento esgotar dos recursos a transformação do prazer pelo trabalho em algo que provoca sofrimento. A expressão deste sofrimento geralmente atinge o seu ponto máximo num comportamento absurdo que ocorre em contexto de trabalho, geralmente uma explosão emocional e comportamental de agressividade, a que se segue remorso, choro e culpa, numa espécie de “*gota de água que faz transbordar o copo*”, mas que é a “*última gota dos recursos*” e o estado do lento processo de esgotar estes para enfrentar o stress crónico no trabalho.

Como em 2019 a OMS reconheceu o burnout com um fenómeno ocupacional a incluir na nova versão da Classificação Internacional de Doenças CID-11, tornou-se fundamental determinar com mais rigor quando ocorre o estado de burnout. Contudo, o burnout apresenta sintomas comuns a outras situações consideradas doenças com critérios de diagnóstico bem definidos, nomeadamente depressão e ansiedade, sendo considerada uma síndrome, o que dificulta o seu diagnóstico. Apesar de o *MBI - Maslach Burnout Inventory* (Maslach et al., 2001) ser o instrumento mundialmente mais utilizado (embora na atualidade a sua utilização seja paga à *MindGarden™*), no contexto da investigação

científica outros instrumentos foram surgindo, nomeadamente o *OLBI - Oldenburg Burnout Inventory*, o *CBI - Copenhagen Burnout Inventory* e o *SBI - Spanish Burnout Inventory*^{7,8,9}, apenas para citar alguns dos mais utilizados. Contudo, em 2020 foram publicados dois novos instrumentos que parecem refletir a evolução da investigação sobre burnout: *BAT - Burnout Assessment Tool*¹⁰ e *ODI - Occupational Depression Inventory*¹¹. O BAT avalia o burnout através das dimensões Exaustão, Distanciamento mental ou Desinvestimento Psicológico, Dificuldades Cognitivas e Dificuldades Emocionais, às quais se juntam os sintomas secundários de Queixas Psicológicas e Queixas Psicossomáticas. No desenvolvimento deste instrumento (para o qual já estão a ser desenvolvidos pontos de corte para algumas amostras/países) os autores sugerem a utilização de um instrumento sobre sintomas depressivos, dada a discussão sobre a sobreposição burnout/depressão. Contribuindo para esta discussão, o ODI é um questionário unidimensional que defende que o burnout é uma forma específica de depressão motivada por fatores laborais, propondo o conceito de depressão pelo trabalho ou depressão ocupacional. Atualmente estes dois questionários estão a ter bastante divulgação, com versões em diferentes países, podendo contribuir para o clarificar desta sobreposição, embora tendo perspetivas diferentes sobre o burnout.

Note-se que o burnout ao ser definido como um fenómeno ocupacional e não uma doença profissional pode prejudicar o trabalhador pois pode ser interpretado como a “síndrome dos fracos”, da pessoa que não se adapta às exigências da tarefa, desresponsabilizando a instituição que cria condições de trabalho difíceis de enfrentar ao longo do tempo, potenciando, também, o estigma que impede de procurar ajuda⁶. É de referir que, nos últimos anos, pelo menos em Portugal, assiste-se cada vez mais a figuras públicas assumirem os seus problemas de saúde mental no sentido de promoverem a procura de ajuda atempada. Contudo, é frequente a referência a “*um burnout*”, como se de um episódio esporádico se tratasse, focando-se no estado, quando na realidade o burnout

é o lento processo que deixa uma cicatriz psicológica que faz a pessoa mudar definitivamente a sua relação com o trabalho, e por vezes implica a mudança não só de instituição de trabalho, mas de profissão para recomeçar do zero. Como este recomeçar não é possível para todos os trabalhadores, assiste-se já a intervenções no sentido de cuidar do regresso ao posto de trabalho¹², as quais reforçam a importância dos serviços de saúde ocupacional, e, no trabalhador que regressa, a boa comunicação, integração, motivação/compromisso com o trabalho, adequadas estratégias de *coping* e autonomia/controle da tarefa, alertando que o facto de ser do género masculino, ter problemas de sono e ter estado afastado mais de 6 meses constituem fatores de risco para um bom regresso.

Os fatores de risco no burnout têm sido amplamente investigados e alvo de revisões sistemáticas sobre a influência de variáveis individuais e organizacionais^{2, 13-16}. Nas individuais, o burnout surge frequentemente associado ao género (maior exaustão emocional no feminino, maior cinismo no masculino), a menos idade e/ou anos de serviço, menos perceção de suporte emocional por parte de família/amigos/colegas/cheffias, ausência de relacionamento afetivo estável, menos resiliência, utilização de estratégias de *coping* desadaptativas (sobretudo *coping* focado na emoção e evitamento), mais dificuldades na inteligência emocional, mais perceção de stress no trabalho, mais desmotivação e menos *engagement* no trabalho, perceção de formação especializada desadequada à tarefa/função, traços de personalidade como altruísmo, neuroticismo, perfeccionismo, dificuldade em delegar tarefas, e ainda comorbilidades como ansiedade e depressão. Nas variáveis organizacionais o burnout surge associado de forma mais complexa e variada devido à multiplicidade de fatores de risco. Por exemplo, é mais elevado em determinadas profissões (na prestação de serviços e interação com pessoas que exigem algo, destacando-se os profissionais de saúde, forças de segurança, professores, mas também inúmeras outras profissões do contexto empresarial), tarefas/funções (quando há interação com pessoas) e posições

(nas chefias intermédias devido a exigências dos subalternos e dos superiores ou em posições sem controle da tarefa). É também mais elevado nos horários com turnos rotativos (sendo ainda associado ao conflito trabalho-família), nas tarefas com falta de autonomia e/ou repetitivas, quanto há problemas na liderança/supervisão ou conflitos no trabalho de equipa, quando há falta de recursos humanos e materiais, e quando há um elevado número de utentes/doentes/alunos a atender.

É importante realçar que para além da variabilidade dos modelos teóricos e explicativos do burnout, que subentendem instrumentos específicos (por exemplo com a dimensão culpa presente no *Spanish Burnout Inventory*), pela sua complexidade no mundo laboral e enquanto síndrome, o burnout torna-se difícil de medir, a que acresce a existência de múltiplos fatores de risco, sobretudo organizacionais que variam enormemente com as profissões e especificidade das tarefas/funções. Além disso acontecimentos externos como a pandemia COVID-19 complexificaram os contextos profissionais, conforme se refere seguidamente.

Pandemia COVID-19: impacto psicológico e prevalência do burnout

Passados quase três anos da declaração da pandemia COVID-19 em março de 2020, a investigação tem alertado para o seu impacto negativo na saúde mental, sobretudo nos profissionais de saúde da linha da frente do combate ao vírus ¹⁷, pois foram-lhes exigidas longas horas de trabalho, isolamento das suas famílias, comunicação de más notícias, controle dos infetados, etc., sem esquecer a exposição ao vírus, o risco de contágio e a brutal sobrecarga física e mental. Uma revisão sistemática realizada por Adanaque Bravo e colegas ¹⁸ analisou 24 estudos realizados entre dezembro de 2019 e agosto de 2021, com um total de 9.469 participantes de países europeus, Ásia, Oceânia e Américas, concluindo que a pandemia provocou elevados níveis de stress e de burnout e diminuiu o *engagement*/motivação no trabalho, sugerindo que as instituições de

saúde tomem medidas de proteção dos seus profissionais, esgotados pela sobrecarga a que foram expostos nas primeiras fases da pandemia.

Conforme já referido, em março de 2022 a OMS referiu um aumento de 25% de problemas de saúde mental, assistindo-se desde há décadas a uma preocupação com os valores de prevalência na saúde/doença mental. Contudo, no burnout é difícil tirar conclusões, pois como fenómeno ocupacional, reflete a especificidade de cada grupo profissional, bem como é afetado por fatores de risco individuais e organizacionais. Assim, é quase irrealista encontrar um valor global, pois as percentagens encontradas nas múltiplas investigações correspondem a amostras não representativas que dependem da realidade do contexto profissional e também do momento da recolha.

Além disso, os resultados são frequentemente divulgados focando-se nas dimensões do burnout, nas quais a exaustão emocional é a dominante, sendo de alertar que o burnout enquanto resultado global implica a coexistência das diferentes dimensões acima de um determinado valor. Acresce o facto de os estudos empíricos poderem utilizar diferentes questionários para identificação do burnout (o que dificulta as meta-análises e estudos comparativos mais detalhados), bem como apresentarem os resultados por dimensão globalmente, ou discriminarem em cada dimensão o nível moderado e o nível severo, dado os pontos de corte (quando existem) deverem referir se são para aquela profissão, país, período temporal, etc. Importa, então, usar estas percentagens com cautela e, sobretudo, situá-las no seu contexto profissional específico, o que no âmbito da pandemia levou os investigadores a referir nos profissionais de saúde, se estavam na linha da frente do combate ¹⁷, qual a função desempenhada (ex: enfermeiro, médico, auxiliar hospitalar, administrativo), qual o país (sabendo-se que na primeira fase China, Itália e Espanha eram noticiados como tendo números preocupantes de infectados e mortos) e sobretudo qual o momento de recolha, pois não só os

avanços na área da saúde/vacinas estão em acelerada evolução, como a percepção de cada profissional mudou bastante desde a incerteza e medo do desconhecido inicial na primeira vaga, até ao cansaço e frustração na segunda vaga e à gestão da doença quase três anos depois.

Apesar destas limitações metodológicas no cálculo das prevalências do burnout, de um modo genérico os estudos referiam até 1998 valores entre 3% a 16%, em 2013 3% a 29% considerando o *score* final de burnout, ou entre 5% e 12% em 2019¹⁹, alertando instituições como a EU-OSHA, ILO e EUROFOUND que os valores de stress no trabalho estavam a aumentar, e por consequência o burnout. A EUROFOUND tem mesmo inquéritos sucessivos sobre viver/trabalhar na era da pandemia, focando-se em diferentes aspetos, como por exemplo confiança nas instituições, mas também saúde mental no trabalho.

Em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com outras entidades, recolheu entre maio e agosto de 2020 dados de 2.097 profissionais de saúde, reportando 32,1% de exaustão e risco de sofrimento psicológico 2,5 superior nos que tratavam doentes com Covid-19. Uma revisão sistemática com meta-análise, de Galanis e colegas²⁰, analisou 16 estudos que recolheram dados de 18.935 enfermeiros já na era Covid-19, tendo encontrado 34,1% com exaustão emocional, 12,6% com despersonalização e 15,2% com realização profissional diminuída. Estas prevalências surgiram associadas a fatores de risco como idade mais jovem, diminuição do apoio social e da disponibilidade da família e colegas para lidar com a pandemia, percepção de elevada ameaça da doença, sobrecarga de tarefas/horários no tratamento de doentes Covid-19, falta de recursos humanos/materiais, e menos formação especializada para a pandemia. Também Parandeh e colegas²¹ efetuaram uma revisão sistemática com meta-análise e, com base em 7 artigos e 5.022 profissionais de saúde a trabalhar durante a pandemia, encontraram na exaustão emocional 45% no nível moderado e 37% no nível severo, na despersonalização 49% no nível moderado e 18% no

nível severo, e na realização profissional diminuída 38% no nível moderado e 51% no nível severo. Em Portugal, uma notícia do CINTESIS encontrou em 2020 35% dos profissionais de saúde com elevada exaustão e, em 2022, uma reportagem televisiva⁹ alertava para o elevado risco de burnout em Portugal, em diferentes profissões, constituindo uma preocupação.

Conclusões

A saúde mental no trabalho, e especificamente o burnout, constituem uma preocupação crescente, sobretudo numa época de recuperação de todo o desgaste físico e emocional das fases mais intensas da pandemia COVID-19, sabendo-se também como prejudica a capacidade cognitiva. A atribuição do mês de janeiro como “*janeiro branco*” dedicado à saúde mental sensibiliza para estes problemas, mas importa implementar medidas políticas e adotar estratégias de tipo individual (nas quais se tem destacado a automonitorização a nível geral ou empresarial, ambas no sentido de uma abordagem prévia em articulação posterior com profissionais de saúde mental) e de tipo organizacional (embora mais demoradas e complexas de aplicar) que promovam a saúde mental no trabalho e reduzam o burnout^{16,19}. Em 2021, em Portugal, a Direção Geral de Saúde enfatizou no seu “*Guia Técnico nº 3: vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*” o impacto negativo do stress, burnout, ansiedade e depressão, disponibilizando mesmo em anexo instrumentos de acesso livre como o OLBI, DASS-21, HADS, etc, no sentido de facilitar a identificação destes fenómenos/doenças. Também a União Europeia, no seu relatório anual de 2022 “*Health at a Glance*” alertou para as marcas que a pandemia deixou, sobretudo nas novas gerações, o que pode afetar os futuros profissionais. Ora, apesar de em 2023 a OMS estar a rever o estatuto da pandemia COVID-19, esta não terminou e novas pandemias poderão

surgir, sendo vital implementar políticas organizacionais que promovam a saúde mental e protejam do burnout os profissionais de saúde²⁰, bem como os ajude a recuperar de toda a sobrecarga a que foram expostos durante a pandemia COVID-19, e lhes demonstre o reconhecimento do papel que desempenharam na linha da frente do combate ao vírus.

Palavras-Chave: Burnout; Fatores de risco; Covid-19; Impacto psicológico; Saúde ocupacional.

Referências

- 1 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* [Internet]. 2001 Feb;52(1):397–422. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- 2 Queirós C, Gonçalves SP, Marques A. Burnout: Da conceptualização à gestão em contexto laboral. In Neto HV, Areosa J, Arezes P. *Manual de Riscos Psicossociais*. Porto: CIVERI Publishing; 2014, p. 172-192
- 3 Schaufeli, WB and Enzmann, D (1998) *The Burnout Companion to Study and Practice: Acritical Analysis*. London: Taylor, Francis.
- 4 Bradley, HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency* 15, 359–370.1969
- 5 Freudenberger, HJ. Staff burn-out. *J. Soc. Issues* 30, 159–165.1974 doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- 6 May RW, Terman JM, Foster G, Seibert GS, Fincham FD. Burnout Stigma Inventory: Initial Development and Validation in Industry and Academia. *Frontiers in Psychology*. 2020 Mar 12;11. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.003917>
- 7 Bianchi R, Schonfeld IS. The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020 Nov;138:110249. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>
- 8 Kristensen, TS., Borritz, M, Villadsen, E, and Christensen, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burn-

out. *Work Stress* 19, 192–207. 2005. Available from: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

9 Gil-Monte, PR, Viotti, S, and Converso, D. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory (SBI) in a sample of Italian health professionals: a gender perspective. *Liberabit* 23, 153–169. 2017 Available from: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.0110> Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Dec 18;17(24):9495. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7766078/>

11 Bianchi R, Schonfeld IS. The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020 Nov;138:110249. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>

12 Kärkkäinen R, Saaranen T, Hiltunen S, Ryyänen OP, Räsänen K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*. 2017 Aug;67(6):461–8. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>

13 Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' Burnout and Associated Risk Factors during the COVID-19 pandemic: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2021 Mar 25;77(8):3286–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561/>

14 García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y, et al. Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2021; 95. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100189

15 Pérez-Fuentes M del C, Molero-Jurado M del M, Gázquez-Linares JJ, Simón-Márquez M del M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2018 Dec 17;11(1):33–40. Available from: <https://journals.copmadrid.org/ejpalc/art/ejpalc2018a13>

16 Queirós C, Borges E, Teixeira A, Maio T. Estratégias de prevenção do stress ocupacional, burnout e bullying. In: Borges E. *Saúde e Enfermagem do Trabalho*. Porto: Lidel; 2018, p. 139-157.

17 Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Nov 12;17(22):8358. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

18 Adanaqué-Bravo I, Escobar-Segovia K, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fagundo-Rivera J, Ruiz-Frutos C. Relationship Between Psychological Distress, Burnout and Work Engagement in Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*. 2023 Jan 5;67. Available from: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605605>

19 Areosa J, Queirós C. INTERNATIONAL JOURNAL ON WORKING CONDITIONS Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? Burnout: a reconfigured social pathology in the COVID-19 era? [cited 2021 Oct 12]; Available from: https://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.20_Areosa&Queiros_p.71.90.pdf

20 Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' Burnout and Associated Risk Factors during the COVID-19 pandemic: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* [In-

ternet]. 2021 Mar 25;77(8):3286–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561/>

21 Parandeh A, Ashtari S, Rahimi-Bashar F, Gohari-Moghadam K, Vahedian-Azimi A. Prevalence of burnout among health care workers during coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* [Internet]. 2022 Sep 15; Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2023-01998-001.pdf>

CAPÍTULO 5

SÍNDROME DE BURNOUT EM INTERVENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

*Helena Loureiro¹, Ana Magalhães², Diana Moreira³, Inês Pereira⁴,
Regina Bontorim Gomes⁵, Joana Pedrosa⁶*

Introdução

A Emergência Pré-Hospitalar (EPH) envolve diferentes fases de desenvolvimento, sendo que aos profissionais de saúde estão essencialmente adstritas as funções de responsabilização pelo socorro [que corresponde aos cuidados de emergência iniciais efetuados às vítimas de doença súbita ou de acidente, com o objetivo de as estabilizar, diminuindo assim a morbidade e a mortalidade]¹ e pelo transporte [que consiste na deslocação assistida da vítima numa ambulância com características, tripulação

¹Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal. E-mail: hloureiro@ua.pt, <https://orcid.org/0000-0003-1826-5923>.

²Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: anafmagalhaes@ua.pt ORCID: 0009-0000-1999-6870.

³Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: dssm14@ua.pt ORCID: 0009-0008-4964-3994

⁴Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: inespereira21@ua.pt ORCID: 0009-0001-8981-2667

⁵Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: regina.bontorim@hotmail.com ORCID: 0000-0002-5260-4493

⁶Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: joanapedrosa74@ua.pt ORCID: 0009-0006-1578-8322

e carga bem definidas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários]¹. Este exercício profissional é de reconhecida relevância social, porém permanece desconhecido o facto de este não ser desprovido de um elevado risco laboral e de poder apresentar um significativo impacto no bem-estar e saúde mental dos seus trabalhadores.

Objetivo

Caracterizar os principais riscos ocupacionais a que poderão estar expostos os trabalhadores de EPH no âmbito do seu exercício laboral, com particular enfoque na saúde mental.

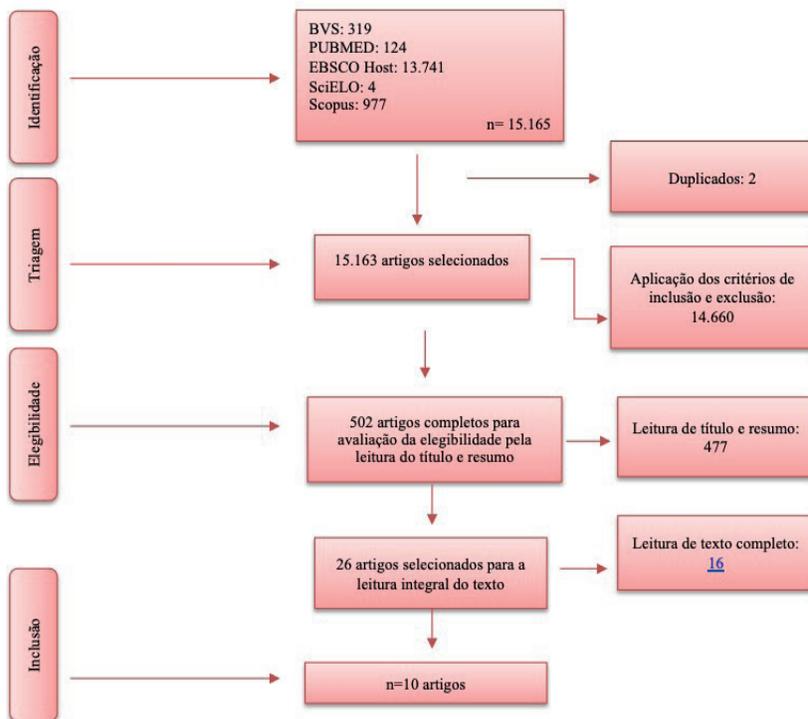
Metodologia/Método

O presente estudo tomou a Revisão Integrativa da Literatura como metodologia de investigação, assente em seis etapas²: 1) formulação de uma questão de pesquisa; 2) elaboração dos critérios de elegibilidade e busca dos artigos disponíveis na literatura; 3) busca das informações; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos dados; 6) descrição dos resultados e discussão. Como critérios de inclusão, elegeram-se: artigos que versassem sobre a questão de investigação; publicados em português e inglês; em acesso completo e publicados/indexados nas bases de dados de artigos científicos, nos últimos dez anos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e literatura cinzenta (livros, teses, dissertações, revisões, relatos de experiência, editoriais, manuais ou reflexões teóricas). Em concordância com os elementos PICOD, foram identificados, em língua portuguesa e inglesa, cinco descritores em saúde compatíveis com o objetivo da pesquisa: “Profissionais de Saúde” (“*Health Personnel*”), “Enfermagem do Trabalho” (“*Occupational Health Nursing*”), “Condições de Trabalho” (“*Working Conditions*”), “Riscos Ocupacionais” (“*Occupational Risks*”) e “Cuidado

Pré-Hospitalar” (“*Prehospital Care*”). Numa fase seguinte, recorreu-se aos operadores booleanos “AND”, “OR” e “AND NOT”, bem como a truncaturas para aceder às fórmulas de pesquisa mais indicadas.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e abril de 2022, nas bases de dados científicas (SciELO, Scopus, Lilacs e BDENF, agrupadas pela BVS e, PubMed e EBSCO), obteve-se um total de 15.165 artigos que, de forma consecutiva e pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão mencionados, resultou inicialmente numa amostra de 10 artigos (n=10).

Figura 1 – Fluxograma Prisma



De forma a garantir a qualidade metodológica dos estudos e a robustez dos resultados neles expressos, numa fase seguinte procedeu-se

à sua avaliação com recurso ao *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*³, tendo sido excluídos 3 artigos por não cumprirem com os critérios de elegibilidade (ponderação inferior a 0,75). Desta forma, a amostra final ficou constituída por sete artigos (n=7): 4 procedentes da BVS, 1 da PubMed, 1 da SciELO e, 1 da Scopus.

Resultados e Discussão

O artigo 1, da autoria de Abbaspour *et al.*⁴, na descrição de um estudo transversal no qual foi avaliada a saúde mental dos técnicos de EPH (n=224) do Irão, revelou que 39,7% da amostra apresentava fragilidade emocional e 16% distúrbios de stresse post-traumático (PTSD ≥ 50), sendo que este se agravava com o envelhecimento, o aumento do número de filhos e, o incremento de anos de serviço.

O artigo 2, da autoria de Goulart *et al.*⁵, referente a um estudo quantitativo, analítico e transversal, no qual participaram 265 técnicos de EPH do Brasil e que teve por objetivo identificar a perceção do risco entre trabalhadores que sofreram acidente de trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deu a saber que, numa escala de *likert* de 1 a 5, a perceção de exposição a risco ocupacional em ambiente pré-hospitalar teria sido originada por: secreções/excreções contaminadas (4,36), contacto com o sangue (4,43), levantamento e transporte manual de peso (4,25), exposição a bactérias (4,25), manipulação e contacto com produtos de higienização (4,28), contacto com medicamentos e soluções (4,23), exposição a vírus (4,23), esforço físico intenso (4,03) e trabalho por turnos (4,00).

O artigo 3, de Dehghannezhad *et al.*⁶, referente a um estudo descritivo-correlacional, realizado com um total de 248 profissionais EPH (100% do género masculino) do Azerbaijão e do Irão evidenciou que a correlação entre a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão

apresentou resultados moderados em todas as áreas, com os seguintes valores: satisfação por compaixão ($40,7\pm 6,2$), *burnout* ocupacional ($27\pm 4,03$) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ($22,9\pm 7,47$).

O artigo 4, de Rodríguez-Campo e Paravic-Klijn⁷, referente a um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado no Chile, em 74 profissionais de saúde e 360 técnicos de EPH, com o objetivo de determinar a percepção do abuso verbal e assédio moral, permitiu saber que 65,8% dos profissionais de saúde e 69,9% dos técnicos EPH já teriam sido alvo de violência verbal esporádica, assim como de assédio moral, sendo a primeira maioritariamente manifestada (80,0%) pelos utentes e familiares, enquanto que a segunda por membros da equipa (30,8%) ou colegas externos (34,6%).

O artigo 5, de Costa *et al.*⁸, relativo a um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa realizado com 162 profissionais do Brasil, com o objetivo de identificar os riscos ocupacionais associados às atividades desenvolvidas no serviço de EPH, revelou que 34,6% dos profissionais consideraram os ruídos como os mais significativos riscos laborais; 78,4% valorizaram os gases/fumos como principal risco químico; 48,8% afirmaram que o contato com o sangue era o principal risco biológico; 80,9% afirmaram que o principal risco mecânico era referente aos acidentes de transporte; 40,1% afirmaram que o principal risco ergonómico advinha da tensão e/ou do stresse.

O artigo 6, de França e De Martino⁹, constitui um estudo transversal de prevalência, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizada com 38 enfermeiros, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas psicológicos e fisiológicos de stresse, que deu a saber que 34% dos participantes apresentava sintomas psicológicos e 31% sintomas físicos.

O artigo 7, de Maia *et al.*¹⁰, retrata um estudo exploratório, transversal e quantitativo, realizado com 30 profissionais, com o objetivo de avaliar a ocorrência de stresse em técnicos de EPH, tendo-se verificado

uma incidência em grau moderado de stresse nos participantes, predominando os sintomas psicológicos, segundo mais de metade dos participantes originado por fatores relacionados com a condução das viaturas de emergência.

De uma forma global, ainda que os resultados tenham dado a saber que os profissionais de EPH estão expostos a todos os tipos de risco laboral existentes (como sejam os de natureza física, química, biológica, psicológica e, ergonómica), foi expressiva a evidencia relacionada com o maior impacto na dimensão da saúde mental.

Os estudos de Costa et al.⁸ e de França e De Martino⁹ revelaram que os riscos físicos são uma constante associada esta atividade laboral, mas que terminam por se refletir num efetivo impacto em termos psicoemocionais. O artigo de Costa *et al.*⁸ foi explícito desse mesmo risco quando, pelo do ruído do veículo automóvel de transporte e/ou da exposição contínua e continuada a ruídos repetitivos e de elevada frequência (ex. sirenes ou monitores), persiste uma forte potencialidade de serem detetados problemas de natureza percetiva que se poderão revelar em problemas de satisfação com o trabalho, afetando não apenas o trabalhador, mas também as organizações em que se integra¹¹.

Por outro lado, o inverso também pode suceder, já que os elevados e constantes níveis de exposição a stresse podem manifestar-se fisicamente através de cansaço, dificuldade de relaxamento, cefaleias e lombalgias, afetando não só a qualidade de vida dos profissionais, mas também a excelência do exercício da sua profissão¹¹. Também parece comprovado que os elevados níveis de stresse podem levar à ocorrência de sintomatologia psicológica, sob a forma de preocupação, agitação, agressividade, descontentamento e de sensação de falta de tempo, o que poderá desencadear alterações do processo de tomada de decisão e, consequentemente, afetar a capacidade de condução segura, colocando em risco a vida dos profissionais que se encontrem no veículo, assim como, a vida dos pacientes¹¹.

A exposição dos profissionais de EPH a riscos químicos e biológicos, pela imprevisibilidade, pela elevada frequência em que sucedem e pelos efeitos que poderão exercer no seu estado de saúde físico, poderão repercutir-se num idêntico fator de risco em saúde mental. Tal como se afirma no artigo Goulart *et al.*⁵, a análise destes riscos é por conseguinte bastante importante por forma a capacitar para a prevenção, controlar o contágio ou/e a intervir precocemente no sentido de minimizar a vulnerabilidade e o medo daqueles que poderão ser os efeitos da exposição, induzindo a uma possível suscetibilidade a nível emocional e psicológico.

Os riscos ergonómicos são também encontrados na literatura⁷, decorrentes das condições adversas e não estruturadas dos cenários em que estes profissionais atuam. Todavia, os riscos ocupacionais mais frequentes entre os profissionais de EPH permanecem ser os psicológicos e com impacto na saúde mental^{5,6,7,8,9,10}.

Os resultados de Goulart *et al.*⁵ assim o concluíram, quando referiram que os profissionais mais suscetíveis a alterações de saúde mental eram aqueles que apresentavam dependentes a seu cargo (familiares e/ou outros), originando este fator um acrescido stresse emocional em momentos de elevado risco no exercício destas funções¹². Os resultados do artigo de Rodrigues *et al.*⁷ evidenciaram idêntico achado, quando concluíram que nesta atividade laboral a condução de veículos de emergência seria um dos fatores geradores de stresse.

No artigo de Dehghannezhad *et al.*⁶ quando os autores apontam para o facto da satisfação por compaixão estar inversamente relacionada com a fadiga por compaixão e que esta última apresenta um impacto negativo no desempenho de qualidade dos profissionais de EPH, fica patente o risco para a saúde que representa a sobrecarga física e exaustão emocional provinda deste exercício. Este risco em saúde mental torna-se ainda mais agravado pelo assédio moral e abuso verbal a que estão frequentemente expostos os profissionais de EPH⁷, evidenciando a associação direta entre a exposição à violência sob as variadas formas e o agrava-

mento ou surgimento de *burnout*. Acresce a este quadro problemático o facto de outros diferentes riscos ocupacionais, mesmo não aparentando inicialmente com ligação à saúde mental, resultarem ou contribuir para a exacerbação do stresse e do *burnout* que acompanham o exercício de EPH¹⁴, podendo originar alterações da saúde mental não apenas nos profissionais que o protagonizam, mas também, de idêntica forma, nos profissionais de outras equipas de saúde, com possíveis repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

Em função do exposto, e tomando por base as conclusões de Dehghannezhad *et al.*⁶ Quando afirmam que os profissionais de EPH se deparam frequentemente com a necessidade de implementar estratégias para enfrentar as situações adversas que poderão ter repercussões na saúde mental a curto prazo, considera-se premente o efetivo acompanhamento destes trabalhadores pelas equipas de saúde ocupacional. E, neste sentido, o empoderamento em matéria de inteligência emocional que faculte a capacidade do reconhecimento dos sentimentos próprios e os dos outros, de promover a auto motivação e de gerir as emoções pessoais na relação com os outros¹³, assim como o desenvolvimento de estratégias de *coping* preventivas para proteger do risco de *burnout*¹⁴ poderão ser algumas das medidas a implementar para preservar a saúde mental destes trabalhadores.

Conclusões

Os resultados evidenciam que os profissionais de EPH se encontram expostos a diferentes riscos laborais, sendo que, independentemente da fonte que os origina, o seu impacto na saúde mental é o mais evidenciado. A proteção e prevenção sobre os riscos ocupacionais, assim como a identificação precoce de sinais de stresse e *burnout* deverão ser uma preocupação constante da equipa de saúde ocupacional que acompanha a vigilância de saúde destes trabalhadores.

Palavras-Chave: Profissionais de Saúde; Riscos Ocupacionais; Assistência Pré-Hospitalar; Enfermagem do Trabalho.

Referências

1 Instituto Nacional de Emergência Médica. Sistema integrado de emergência médica. 2013;2.

2 Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [internet]. 2008 [cited 31 may 22];17(4):758–764. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

3 Abbaspour S, Tajik R, Atif K, Eshghi H, Teimori G, et al. prevalence and correlates of mental health status among pre-hospital healthcare staff. *Clinical Practice & Epidemiology Mental Health* [internet]. 2020 [cited 31 may 22];16:17–23. Available from: <https://doi.org/10.2174/1745017902016010017>.

4 Kmet L, Lee R, Cook L. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. *Health Technology Assessment* [internet]. 2004 [cited 31 may 22];13:1–31. Available from: https://www.ihe.ca/download/standard_quality_assessment_criteria_for_evaluating_primary_research_papers_from_a_variety_of_fields.pdf.

5 Goulart LS, Rocha LP, Carvalho DP, Barlem EL, Tomaschewski-Barlem JG, et al. Percepção de riscos entre trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho no ambiente pré-hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem*[internet]. 2020 [cited 31 may 22];29:1–11. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0513>.

6 Dehghannezhad J, Zamanzadeh V, Gilani N, Rahmani A, Dadashzadeh A. Compassion satisfaction and compassion fatigue among emergency medical technicians in Iran. *Australasian Journal of Paramedicine* [internet]. [cited 31 may 22];17:1–7. Available from: <https://doi.org/10.33151/ajp.17.642>.

7 Campo VR, Klijn TP. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2017 [cited 31 may 22];25:1-8. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566111>.

8 Costa IK, Liberato SM, Costa IK, Melo MD, Simpson CA, et al. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [internet]. 2014. [cited 31 may 22];6(3): 938–947. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p938>.

9 França SP, Martino MM. Prevalência de sintomas psicofisiológicos de estresse no atendimento pré-hospitalar móvel. *Journal of Nursing UFPE* [internet]. 2013 [cited 31 may 22];7(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201301>.

10 Maia ÊC, Miranda MD, Caetano JÁ, Carvalho ZM, Santos MC, et al. Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [internet]. 2012 [cited 31 may 22]; 4(4):3060–3068. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750895008>.

11 Portugal. Direção Geral de Saúde. Guia Técnico nº3. Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no trabalho [internet]. 2022 [cited 31 may 22]. Available from: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx.

12 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 2012. 5th ed.

13 Silva DM, Duarte JC. Sucesso e inteligência emocional. Millenium [internet]. 2012 [cited 31 may 22];42:67–84. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium42/6.pdf>.

14 Pêgo FP, Pêgo DR. Síndrome de *burnout*. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho [internet]. 2016 [cited 31 may 22];14(2):171–176. Available from: <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520162215>

CAPITULO 6

ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT

*Patrícia Campos Pavan Baptista¹, Renata Santos Tito²,
Daniela Campos de Andrade Lourenção³, Renata Profeta Ziller⁴*

Introdução

Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho, desde janeiro de 2022, o Burnout está incluído na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Tratando-se dos profissionais de saúde, não há dúvida, que a pandemia por COVID 19 incrementou os índices da síndrome, tendo em vista fatores como desconhecimento dos riscos, falta de materiais/Equipamentos de Proteção Individuais (EPI), jornadas extensas e extenuantes, o que impactou sobremaneira a vida do trabalhador, a dinâmica

¹Professora Titular da Universidade de São Paulo. E-mail: pavanpati@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1433-6456>

²Enfermeira Encarregada das Unidades Infantis, do InCor-HCFMUSP, Aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. E-mail: rstito@usp.br ORCID: [000-0001-8538-4266](https://orcid.org/0000-0001-8538-4266)

³Enfermeira, Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde (PPGen) da Universidade de São Paulo – USP. E-mail: danielalourencao@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3050-0378>

⁴Enfermeira Especialista em Ambulatório Médico de Especialidades Idoso, Aluna do Mestrado do PPGEn Universidade de São Paulo. E-mail: renata.ziller@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2649-0859>

de trabalho e a segurança do paciente e qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Nesse aspecto, as evidências disponíveis sugerem que uma cultura organizacional positiva e forte, com investimentos e intervenções direcionadas para a segurança do paciente, pode atuar na construção de um ambiente de trabalho positivo promovendo o bem-estar dos profissionais de saúde, bem como protegendo simultaneamente a segurança do paciente.

Estudo realizado com 3.232 funcionários de um hospital em Taiwan empregou o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para avaliação de cultura de segurança, o inventário de burnout de Maslach (MBI) para burnout e Equilíbrio Trabalho-Vida Pessoal (WLB). Os resultados identificaram que a cultura de segurança do paciente é um recurso valioso que protege o bem-estar da equipe, reduzindo o desgaste e aumentando o equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A cultura de segurança institucional promove um bom ambiente de trabalho e, conseqüentemente, concorre para proteger o bem-estar da equipe, e assim, reduzir o esgotamento e melhorar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional.¹

A relação entre cultura de segurança do paciente e burnout em hospitais vem sendo estudada tendo em vista que a ocorrência de eventos adversos está associada ao esgotamento profissional e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

Esse aspecto foi evidenciado na pesquisa conduzida nos Estados Unidos da América cuja amostra analítica incluiu 20.496 enfermeiros em 523 hospitais, dos quais 83 possuíam a certificação Magnet. Essa pesquisa teve como objetivo explorar a relação entre burnout de enfermeiros e mortalidade, falha no resgate e tempo de internação, além de considerar o efeito de um bom ambiente de trabalho. Dessa forma, foi empregada a regressão logística multivariada para estudar a relação entre o esgotamento dos enfermeiros, os resultados dos pacientes, o

ambiente de trabalho e o status de certificação Magnet. Os resultados demonstraram que pacientes atendidos em hospitais com altos níveis de burnout de enfermeiros têm maiores chances de mortalidade do paciente, falha no resgate e maior tempo de internação. Entretanto, ao avaliarem os hospitais com certificação Magnet os dados indicaram que houve associação com uma redução no efeito do esgotamento dos enfermeiros, na mortalidade e na falha no resgate, mas não no tempo de internação. Demonstraram ainda que o ambiente de trabalho diminui o impacto do esgotamento do enfermeiro, e os autores ressaltam que um bom ambiente de trabalho tem benefícios para o paciente, além de mitigar o desgaste do enfermeiro.²

Outra pesquisa com 148 profissionais que realizavam assistência direta à saúde da criança conduzida em três hospitais pediátricos evidenciou a influência de todos os domínios da segurança do paciente para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em profissionais de saúde. O clima organizacional, sobretudo no que se refere ao trabalho em equipe, pode promover bem-estar psicológico dos profissionais e assistência segura aos pacientes.³

Ao longo dos anos, com o crescimento da síndrome de burnout em profissionais de saúde, e mais recentemente com a pandemia, várias estratégias têm sido recomendadas para mitigar os riscos inerentes a uma parcela tão grande da profissão que experimenta níveis tão altos de burnout. A tendência tem sido buscar a compreensão de aspectos que contribuem para a ocorrência do esgotamento e identificar maneiras para promover o bem-estar e a saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Nesse sentido, este capítulo apresenta parte de uma pesquisa que buscou compreender a experiência de trabalhadores de enfermagem frente à síndrome de burnout, com vistas à formulação de estratégias para o enfrentamento da síndrome.

Objetivo

Apresentar estratégias para o enfrentamento da síndrome de burnout segundo a experiência de trabalhadores de enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa dos dados, realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCorHCFMUSP), localizado na cidade de São Paulo. O InCor é um Hospital Público Universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíacas e torácicas. A pesquisa foi desenvolvida nas duas unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais.

Os trabalhadores de Enfermagem foram convidados a participar das sessões de grupo focal, por meio de convite afixado no ambiente de trabalho, respeitando o limite mínimo de 7 e o máximo de 12 pessoas por turma. Houve participação voluntária de 17 pessoas, as quais foram distribuídas em dois horários, sendo uma turma no período da manhã (8 participantes) e outra à tarde (9 participantes). As sessões foram filmadas, após consentimento dos participantes. Foi realizada uma sessão por semana com cada grupo, durante 3 semanas consecutivas. Foram propostos 3 horários: manhã, tarde e à noite.

Devido ao número insuficiente para o grupo da noite, foram formados apenas os grupos nos horários da manhã, com 8 participantes, e da tarde com 9 participantes.

Na primeira sessão foram utilizadas questões norteadoras que versavam sobre identificação de aspectos do trabalho, considerando como

difíceis de enfrentamento e relacionados ao desgaste psíquico, além da identificação de medidas que poderiam minimizar o desgaste psíquico. A partir da segunda sessão, foram construídas propostas de intervenções junto ao grupo, que foram validadas na última reunião. Para desenvolvimento do grupo focal, foi utilizado referencial teórico que prevê a obtenção de dados com base nas discussões cuidadosamente planejadas nas quais os participantes expressavam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais em um ambiente colaborativo.

O grupo focal foi conduzido por um moderador, que propôs várias questões aos participantes; e estas compuseram um roteiro previamente testado e preparado a partir dos objetivos do estudo. Ao moderador, coube encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo.

Resultados e discussão

Após transcrição do material gravado na íntegra e leitura exaustiva, foram analisados segundo a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.⁴ Tendo em vista o anonimato dos trabalhadores, as falas foram numeradas aleatoriamente e usando a sigla “T”. Foi mantida a linguagem dos participantes. A partir da análise temática, emergiram três categorias:



Aprender a lidar com um trabalho desgastante como medida preventiva

Parte importante da gênese do burnout relaciona-se com o trabalho desgastante ou extenuante, que exige não somente o físico como o psíquico do trabalhador. Importante destacar que o trabalho dos profissionais de enfermagem é permeado pelo constante contato com a dor, situações limites, perdas e sofrimento. Neste estudo, observou-se que diante da experiência de cuidar das crianças graves, em especial pela instabilidade e pelas constantes perdas, os trabalhadores relatam a falta de preparo emocional para lidar com tantos sentimentos que emergem, o que gradativamente vai interferindo na qualidade do trabalho, no relacionamento interpessoal e em sintomas de exaustão:

“(...) eu tenho percebido uma questão de intolerância assim, você passa a ser intolerante com a sua família, às vezes com os colegas de trabalho, você não consegue desenvolver um bom trabalho” (T3)

“(...) é quando a gente se apega ao paciente, de internação prolongada e se torna instável, difícil lidar com a morte(...) eu às vezes descarrego na família...” (T5) “(...)

“(...) tem gente que não chora, mas vai ficar irritado, vai perder o sono, cada um vai reagir de uma maneira” (T10)

As falas evidenciam as dificuldades em trabalhar as questões relacionadas ao desgaste e ao próprio sofrimento que o trabalho gera, com impactos na vida pessoal desse profissional e também na qualidade da assistência. Esses dados corroboram a literatura referente à síndrome de burnout, que aponta para a ocorrência de sintomas diversos como cefaleia, problemas gástricos ou desordens de sono, mediante dificuldades no processo de trabalho.⁵

No trecho a seguir, o trabalhador aponta as consequências advindas das dificuldades em lidar com determinadas situações do cuidado,

como presenciar a morte e sofrimento das crianças e de seus familiares, além de lidar com suas próprias emoções:

“(...) o paciente tá piorando a cada dia, entra em insuficiência renal, tudo que você tá fazendo, você não tá vendo resultado, mais pela gravidade, e essa sensação de impotência deixa a gente triste, a gente né (...) é uma sensação de impotência (...).” (T15)

Além disso, as frequentes situações de óbito podem gerar a sensação de trabalho malsucedido representando o insucesso. A morte desperta sentimentos de impotência e fracasso nos trabalhadores, frente à terminalidade do ciclo da vida dos pacientes, e que em constante confrontação, pode levar ao esgotamento emocional dos profissionais de saúde.⁶

“(...) na verdade, na faculdade a gente aprende técnicas, só que assim, em nenhum momento discute os sentimentos, o que que você de repente pode sentir ao ver um paciente morto, então assim não discute isso”. (T13)

O relato apresentado reforça reflexões acerca da abordagem da morte e o morrer durante o processo de formação do profissional em muitos cursos da área da saúde. Percebe-se ênfase no preparo do profissional para lidar apenas com aspectos técnicos, além de uma formação direcionada para o prolongamento e a recuperação da vida. Portanto, ainda existem lacunas nos cursos de formação acerca do preparo dos profissionais para lidar com sentimentos e sofrimentos referentes às perdas.⁶

Em consonância com essas questões, evidencia-se nos próximos trechos a importância dos espaços para diálogo, desabafo, troca de experiências, como uma medida adotada para reduzir o sofrimento:

“(...) a gente guarda pra si, enfim, depois comenta com o colega, enfim, com uma pessoa que eu confio pra aliviar um pouco (...).” (T1)

Os trabalhadores relatam a importância de poder compartilhar com os colegas da equipe as situações de intercorrência, além de expor seus sentimentos. Essa troca é verbalizada por eles, como um potencial im-

portante de fortalecimento. Estudo realizado com equipe de enfermagem acerca do cuidado às crianças e adolescentes no processo de finitude da vida, revela a importância do suporte coletivo e discussão interprofissional para a construção de estratégias coletivas de resiliência.⁷

Além disso, os trabalhadores fazem menção a um suporte mais especializado, vindo de um profissional preparado para ajudá-los a lidar com o cotidiano sofrido de trabalho:

“(...) Eu acho que seria interessante um serviço mesmo que dê atenção ao funcionário né?” (T4)

Os grupos e rodas de conversa também são apontados como estratégias possíveis para a redução do desgaste psíquico:

“Um grupo (...) uma equipe assim, que em seus plantões discutissem, ao final de cada momento ou uma vez por semana, não sei (...) compartilhar as mesmas coisas porque todo mundo tá no mesmo ambiente (...)” (T1)

“É uma forma... Você discutir com a equipe que participou daquela intercorrência é uma forma de você não se sentir o único: “Ah eu fui a única pessoa impotente naquele momento” Entendeu? (...)” (T14)

Os trabalhadores manifestam necessidade em expressar seus sentimentos diante de um grupo que possa compreendê-los e com quem possam discutir as experiências resultantes da mesma realidade de trabalho. Diante de uma equipe de suporte clínico, os trabalhadores se sentem mais seguros para expressar suas emoções e compartilhar suas experiências com os outros colegas.⁸

Os achados do presente estudo estão em consonância com outros estudos que sugerem a criação de grupos de suporte entre os trabalhadores, como medida para discussão e reflexão acerca dos sentimentos e demandas provenientes do cuidado prestado, além de outras medidas de suporte social no trabalho. Essas estratégias contribuem positivamente,

como medida protetora ao profissional, diante do risco de desenvolver transtornos mentais como o Burnout.^{9,10}

Nesse contexto, emerge a necessidade de discutir o cotidiano do trabalho desgastante, bem como compartilhar sentimentos e expectativas gerados nesse cenário, a partir de suporte profissional psicoterapêutico, realização de grupos e também rodas de conversas, propiciando um suporte à saúde mental do trabalhador na medida em que permitem espaço para o próprio cuidado.

Receber o reconhecimento profissional

Nessa categoria, os profissionais apontam a importância do reconhecimento profissional como uma estratégia para minimizar a ocorrência da síndrome. Eles relatam as dificuldades que sentem, não apenas diante das chefias, colegas e outros profissionais, como por parte dos pacientes e dos familiares.

Considerando outros profissionais da área da saúde, os trabalhadores de enfermagem representam uma classe que o tempo todo necessita provar para si e para as demais, a sua importância no conjunto das atividades assistenciais, e reafirmar sua competência profissional.

O reconhecimento profissional é apontado como fator de bem estar do trabalho, podendo impactar em situações que contribuem para o engajamento, motivação, além de redução de desgastes emocionais. Estudo realizado com enfermeiras canadenses pediátricas acerca de suas experiências e perspectivas no ambiente de trabalho, revela que o sentimento de respeito e reconhecimento perante familiares dos pacientes é considerado como um fator importante dentro das expectativas e para seu bem-estar no trabalho.¹¹

Os trechos a seguir evidenciam a necessidade do reconhecimento profissional:

“Só houve cobrança, cobrança, e eu em nenhum momento escutei alguém dizer assim, nossas vocês foram bárbaras (...).” (T9)

“Uma palavra no final do plantão, no final da semana que fosse, nossa vocês trabalharam muito bem essa semana, foi corrido, mas deu tudo certo, isso a gente não tem...” (T7)

Atitudes como elogiar, possibilitar o diálogo aparecem com destaque no presente estudo como uma intervenção na síndrome de burnout, onde os trabalhadores sinalizam o papel dos líderes, gerentes e também da própria organização como demonstração do reconhecimento pelo potencial humano:

“(...). ficou faltando um pouquinho o assunto do elogio pela liderança, acho que não só o elogio, assim, campanhas motivacionais, a gente acho que não faça tanta diferença porque a gente não vive isso nesse hospital né (...).” (T3)

“E você não faz mais do que a obrigação. E é isso que a gente recebe, então falta um pouco de estímulo e assim, essa questão de diálogo (...).” (T13).

De maneira legítima, os trabalhadores, têm uma expectativa de reconhecimento, da instituição, de seus colegas, de sua liderança, ou até mesmo dos familiares, como forma de motivação para continuar realizando seu trabalho com qualidade. Sentindo-se reconhecido e motivado, o trabalhador percebe a importância do seu esforço, apesar do desgaste vivenciado, despertando sentimentos protetores a sua saúde mental.⁸

Isso significa que, embora o trabalho tenha características próprias que fazem emergir o sofrimento, ser reconhecido e valorizado, representam um fator de fortalecimento e proteção aos profissionais.

“Repensando a gestão de pessoas”

Nessa categoria, os trabalhadores apontam questões relacionadas à sobrecarga de trabalho, evidenciando que um ambiente penoso, com

carga excessiva de trabalho também têm importante impacto à saúde física e mental:

“(..).Você vai trabalhar domingo, no sábado à noite você já começa a ficar irritada, a ficar triste, porque você sabe que você vai chegar e vai estar com 7 pacientes....” (T5)

(...) Contratação de funcionário é a solução, não tem outra coisa.” (T9)

“(...) Pouco funcionário pra muito paciente, muito paciente grave, isso desgasta muito (...).” (T15)

O intenso sofrimento psíquico gerado pelas condições laborais inadequadas é manifestado pelas alterações de humor, ansiedade, irritabilidade. Os trabalhadores relatam que conviver com um quadro de pessoal insuficiente do ponto de vista quantitativo é um importante fator para a ocorrência de burnout.

Assim, a previsão de quantitativo adequado de pessoal nas UTIs, além de premissa indispensável quando se pensa em qualidade da assistência e segurança do paciente, também possibilita menor incidência de agravo à saúde dos trabalhadores devido redução da sobrecarga de trabalho.^{8,12}

No trechos seguinte, observa-se os sintomas dos trabalhadores decorrentes do quantitativo insuficiente de pessoal e da sobrecarga de trabalho:

“(...) isso gera bastante irritabilidade, ansiedade, você se torna uma pessoa ansiosa, você tem que fazer, você tem que fazer, você tem que dar conta (...)uma máquina de produção.” (T7)

Além da irritabilidade, o trabalhador verbaliza a sensação de desgaste e ansiedade, mediante o excesso de tarefas para poucos trabalhadores. De acordo com estudo que também encontrou relato de sobrecarga dentre os trabalhadores de enfermagem, o excesso de tarefas, dentre outras questões, pode favorecer a realização do seu trabalho mecanicamente,

sem tempo para que o trabalhador desenvolva seu conhecimento, competências e habilidades, além de constrangê-lo pelo trabalho mal feito.¹³

No que tange à questão de sobrecarga de trabalho, estudos nacionais e internacionais relacionam sua ocorrência com a síndrome de *Burnout* ou outros transtornos mentais. As muitas exigências do trabalho diante dos poucos recursos humanos para atendê-las têm gerado nos trabalhadores sentimentos de insatisfação e ansiedade, além de desgaste mental, estresse e cefaleia. Ademais, dispondo de poucos recursos humanos para o atendimento, torna-se inviável as recomendadas pausas para descanso no decorrer da jornada.¹³⁻¹⁵ Diante de tantas demandas, os trabalhadores manifestam vontade de poder trabalhar com melhores condições, além da necessidade em ter um local para realização de pausas durante a jornada de trabalho:

“A gente nem exige muito, pra atrapalhar menos, a gente só queria um local de descanso, um pouco de lazer e ter condições de atender melhor. É só isso que a gente quer. Não precisa muito pra enfermagem trabalhar bem e ser feliz trabalhando.” (T7)

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem acerca da fadiga e incapacidade para o trabalho recomenda a revisão do processo de trabalho no que diz respeito ao repouso e à realização de pausas durante a jornada de trabalho.¹⁶ Outro estudo acerca do absenteísmo em trabalhadores de UTI, constatou taxas elevadas por adoecimento dessas trabalhadoras – que apresentavam queixas de dor osteomuscular e até estresse - também faz recomendações acerca da necessidade de pausas para descanso durante as jornadas.¹⁷

Estudo realizado em sete hospitais públicos em cenário brasileiro, aponta importantes medidas de intervenção no ambiente de trabalho para promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Dentre elas, observam-se medidas que amenizam as consequências do ritmo intenso de trabalho, como pausas durante a jornada, revisão do dimensio-

namento de pessoal, além de outras que beneficiam a saúde mental da equipe.¹⁴

Os dados apresentados nessa categoria evidenciam que, no cenário da pesquisa, a sobrecarga de trabalho acarreta desestabilização física e psíquica nos trabalhadores. Um olhar atento para o quantitativo e qualitativo de pessoal, a inclusão de pausas, a instalação de um espaço adequado para o descanso entre outras são estratégias importantes.

Dessa maneira, torna-se imprescindível a viabilização de meios de suporte institucional, para que o trabalhador possa suportar tantas pressões e desgastes mentais oriundos do cuidado à criança cardiopata grave, tendo em vista todas as demandas que emergem da complexidade do cuidado.

Conclusões

Os alarmantes índices da síndrome de burnout têm impactado a vida dos trabalhadores e a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Inegavelmente situações de crise como a pandemia por COVID 19, incrementaram o cenário de agravos psíquicos nos trabalhadores da saúde. O presente estudo buscou compreender a experiência de trabalhadores de enfermagem frente à síndrome de burnout, com vistas à formulação de estratégias para o enfrentamento da síndrome. Os resultados evidenciam três grandes frentes importantes de atuação para o enfrentamento à síndrome de burnout: Aprender a lidar com um trabalho desgastante, receber reconhecimento profissional e repensar a gestão de pessoas.

Observou-se que parte importante da gênese do burnout relaciona-se com o trabalho desgastante, permeado pelo constante contato com a dor e o sofrimento. Nesse sentido, compartilhar as angústias, a sensação de impotência e insucesso com os colegas e com um suporte especializado são estratégias relevantes. O reconhecimento pelo trabalho realizado é apontado como fator de bem estar do trabalho, podendo impactar em

situações que contribuem para o engajamento, motivação, além de redução de desgastes emocionais. Por fim, repensar a gestão de pessoas, em especial no quantitativo adequado, minimizando a sobrecarga de trabalho, pode ter importante impacto à saúde física e mental.

Palavras-Chave: Síndrome de Burnout; Estratégias de Enfrentamento; Trabalhadores de Enfermagem.

Referências

- 1 Lu L, Ko YM, Chen HY, Chueh JW, Chen PY, et al. Patient safety and staff well-being: Organizational culture as a resource. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(6):3722. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8953540/>.
- 2 Schlak AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse *burnout* on patient outcomes. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];18(2):610. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828279/>.
- 3 Garcia CL, Bezerra IMP, Ramos JLS, Valle JETMR, Oliveira MLB, et al. Association between culture of patient safety and *burnout* in pediatric hospitals. *PLoS ONE* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];14(6):e0218756. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31233543/>.
- 4 Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 5 Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. *Burnout*: A review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(3):1780. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780>.
- 6 Faria SS, Figueredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol Hosp (São Paulo)* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 8];15(1):44-66. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso.

7 Santos RA, Moreira MCN. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Cien Saude Colet* [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];19(12):4869-4878. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9YvyVXwtVFQdNzvyd5ZQ9RS/?lang=pt#>.

8 Crowe L, Young J, Turner MJ. What is the prevalence and risk factors of *burnout* among pediatric intensive care staff (PICU)? A review. *Transl Pediatr* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];10(10):2825-2835. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8578753/>.

9 Guo YF, Wang XX, Yue FY, Sun FY, Ding M, et al. Development of a nurse-manager dualistic intervention program to alleviate *burnout* among nurses based on the appreciative inquiry. *Front Psychol* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];13:1056738. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9763613/>.

10 Liao H, Liang R, He H, Huang Y, Liu M. Work stress, *burnout*, occupational commitment, and social support among Chinese pediatric nurses: A moderated mediation model. *J Pediatr Nurs* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];67:e16-e23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36307294/>.

11 Buckley L, Berta W, Cleverley K, Widger K. exploring pediatric nurses' perspectives on their work environment, work attitudes, and experience of *burnout*: what really matters? *Front Pediatr* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];10:851001. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.851001/full>.

12 Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse *burnout* as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];86:82-89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29966828/>.

13 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [internet]. 2011 [cited 10 apr 23];20(2):225-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Gbs37jbpJttGj9T3PpR4B-Gj/abstract/?lang=pt>.

14 Silva SM, Baptista PC, Felli VE, Martins AC, Sarquis LM, et al. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];21(1):09. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JthRwxnWtXfKmNc8CHLRPzf/?lang=pt>.

15 Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KM, et al. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf* [internet]. 2011 [cited 10 apr 23];20:15-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21228071/>.

16 Silva FJ. A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-05072011-074244/pt-br.php>.

17 Carneiro TM, Fagundes NC. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2012 [cited 10 apr 23];20(1):84-9. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagem-uerj/article/view/3999>.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). E-mail: julia_grasel@unochapeco.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6154-7462>

² Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó da Unochapecó. E-mail: samuel.zuge@unochapeco.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0420-9122>

CAPÍTULO 7

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE LABORAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Júlia Grasel¹, Samuel Spiegelberg Zuge²

Introdução

Dentre os diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza a atenção à saúde a nível primário, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, desenvolvem estratégias de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades.¹

O processo de trabalho em saúde propõe uma articulação entre saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde. O atual modelo de assistência à saúde no Brasil, apresenta-se em forte expansão e adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento ao processo saúde-doença.²

Devido a essa peculiaridade na Atenção Básica (AB), aliada a própria natureza do trabalho e sua organização, as más condições do ambiente laboral, a sobrecarga física e psicossocial acaba deixando exposto os profissionais a fatores que podem levar ao adoecimento, sofrimento e/ou comorbidades decorrentes do trabalho.³ Frente a este cenário, perce-

be-se que este conjunto de fatores tem aumentado diretamente os níveis de estresse ocupacional dos profissionais da APS.⁴

O estresse ocupacional ou laboral está diretamente relacionado a inúmeros fatores, muitas vezes interligados, e que envolvem respostas a estímulos do ambiente laboral, concebendo assim, reações (consideradas não saudáveis) as pessoas expostas a este estímulo.⁵ O estresse ocupacional também é definido como um processo no qual o profissional percebe as demandas do trabalho como estressores, e que, ao transpor sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas.⁶

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷ caracteriza o estresse como epidemia mundial, e aponta que 90% da população é afetada por esta condição em algum momento da vida, seja ela na vida pessoal ou laboral. Desta forma, indica-se que pesquisas desenvolvidas no âmbito laboral têm sido uma importante ferramenta para identificação de fatores associados ao estresse e o desenvolvimento de ações voltadas aos profissionais da saúde.³

Dentre os sintomas associados ao estresse laboral dos profissionais da APS, aponta-se o desgaste emocional, descontrole em situações de alta demanda de trabalho, a sensação de cansaço e fadiga e as alterações na saúde física e mental.⁸ Além disso, outros fatores potencializam a elevação dos níveis de estresse, como idade avançada, a situação organizacional, relacionado às responsabilidades, a alta exigência e desequilíbrio do fator esforço recompensa, modelo de gestão, falta de valorização e empoderamento.⁹

Objetivo

O presente capítulo tem como objetivo analisar a prevalência de estresse laboral e fatores associados em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de prevalência, desenvolvida a partir das diretrizes do *Joanna Briggs Institute Reviewers*,¹⁰ previamente protocolada na Prospero, sob número ID - CRD42022362173/2022. A pergunta que norteou o desenvolvimento da revisão, seguiu o modelo PoCoCo (População, Condição e Contexto): Qual a prevalência de estresse (condição) em profissionais (população) da APS.

A busca por estudos elegíveis foi realizada em julho de 2022 nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Web of Science (WOS); ScienceDirect; PubMed; e SCOPUS. Para a busca nas bases de dados, foi elaborada uma estratégia, contendo os seguintes termos, sendo ajustada dependendo das particularidades para cada base de dados: (“Occupational Stress”) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care”) AND (“Health Personnel” OR “Occupational Health”). Foram incluídos na revisão estudos primários que apresentassem o desfecho do estresse em profissionais da APS, do tipo quantitativo transversal.

Após a definição das estratégias de pesquisa e a busca em cada uma das bases de dados foi utilizado o gerenciador de referências (Mendelley), a fim de identificar a duplicidade das produções. Para a avaliação da primeira etapa de elegibilidade dos dados, foi realizada a leitura de títulos e resumos, por meio do software Rayyan, a fim de realizar a triagem dos estudos primários. Esta etapa foi realizada por dois revisores de forma independente e cega.

Após a definição dos estudos incluídos na revisão, foi realizada a busca na íntegra dos estudos primários. Além disso, a fim de realizar uma busca ampla sobre a produção científica nesta temática, foi avaliado a literatura cinzenta (teses e dissertações), e outros meios específicos (Google Acadêmico; revisões sobre a temática; as referências dos estu-

dos incluídos), a fim de identificar potenciais estudos elegíveis que não foram encontrados nas bases de dados.

A extração de dados foi realizada da mesma forma dupla e independente, por meio de um formulário de extração, organizado em planilha Excel. Este formulário abrangia quatro seções: 1) Dados bibliométricos do artigo (autores, título, ano de publicação, revista e objetivos); 2) Método (desenho do estudo, população, local de coleta, critérios de inclusão e exclusão, desfechos primários e secundários do estudo, escalas utilizadas para avaliação do estresse e análise dos dados do estudo); 3) Caracterização da população (sexo, idade, país, tamanho da amostra e área profissional); e 4) Resultados (número de pessoas que apresentaram o desfecho, valor da prevalência, valor dos níveis da estresse, síntese dos resultados e conclusão).

Além disso, foi avaliado a qualidade metodológica dos estudos incluídos, por meio de uma ferramenta da *Joanna Briggs Institute Reviewer¹*, no qual é avaliada por meio de nove questões: 1) O quadro da amostra foi apropriado para abordar a população-alvo?; 2) Os participantes do estudo foram amostrados de forma adequada?; 3) O tamanho da amostra foi adequado?; 4) Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente?; 5) A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?; 6) Foram utilizados métodos válidos para a identificação da afecção?; 7) A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?; 8) Houve análise estatística apropriada?; 9) A taxa de resposta foi adequada e, se não, a baixa taxa de resposta foi gerenciada de forma adequada?. Cada item foi classificado como “sim”, “não” ou “incerto”, de acordo com as informações fornecidas pelo estudo, atingindo uma pontuação que varia de zero a dez, sendo que quanto maior o valor do escore, maior a qualidade do escore.^{11,12}

A descrição dos achados de cada estudo incluído na revisão foi realizada a partir da mensuração da prevalência de estresse laboral e a descrição dos fatores associados de forma descritiva.

Resultados e discussão

A partir da estratégia de busca foram identificados 6.898 artigos primários nas bases de dados, e outros 53 artigos primários por outros meios. A partir da avaliação dos artigos duplicados, 71 artigos foram removidos. Mediante a avaliação da elegibilidade dos artigos, realizada pela avaliação do título e resumo, 25 estudos tiveram o texto completo avaliado, porém contemplaram a revisão apenas 12 artigos primários, uma vez que os demais foram excluídos por não apresentarem a avaliação do estresse nos profissionais da APS.

Em relação a avaliação da qualidade metodológica dos artigos primários, foi identificado que dois estudos apresentaram uma mensuração inferior a sete pontos, uma vez que a avaliação do tamanho da amostra ficou comprometida, pois continham um baixo número de participantes. Os demais estudos, apresentaram escores variando de 7 a 9 pontos, o que representa uma boa qualidade metodológica.

Em relação ao método de pesquisa, todos os estudos eram de caráter transversal e para a avaliação do estresse nos profissionais da APS, a mensuração ocorreu por meio de escalas: Escala de Estresse no Trabalho (33,3%); Escala de Estresse Percebido (25,0%); *Occupational Stress Index* (8,3%); *Community Nurses Stress Scale* (8,3%); *Job Stress Scale* (16,7%); Auto Avaliação do estresse (8,3%).

Aproximadamente 58,3% dos estudos selecionados foram realizados no Brasil e publicados entre o ano de 2013 a 2022, sendo que 83,0% foram realizados entre o ano de 2019 a 2022. Em relação à população dos estudos, somou-se um total 3.336 profissionais, variando de 31 a 969 participantes. Além disso, houve predominância de profissionais do sexo feminino (82,0%) e média de idade de 38,8 anos. Destaca-se que dentre as classes profissionais, foi possível identificar que a maioria dos estudos envolviam de forma geral a equipe da APS (médico, enfermeiro, técnicos, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais

da área da saúde) (25,0%), assim como, 25,0% foram realizados somente com os agentes comunitários de saúde.

Em relação à prevalência de estresse laboral, foi possível identificar, entre os estudos, que 47,0% dos profissionais da APS apresentam alto nível de estresse, variando esta mensuração de 29,0% a 75,3% de prevalência.

Devido a descentralização da APS, os profissionais são porta de entrada do sistema único de saúde, sendo o primeiro contato para resoluibilidade e tornando-se referência para os usuários, vistos como facilitadores do acesso aos demais profissionais e serviços de saúde. Compreendendo o processo de trabalho dos locais, esse modelo de assistência e coletividade traz barreiras a serem enfrentadas, e que podem comprometer a saúde mental dos profissionais.¹¹

As organizações de ações em saúde traduzem o modelo assistencial, que envolve recursos físicos, tecnológicos e humanos para intervir no processo saúde-doença, além de enfrentar e resolver os problemas de saúde dos indivíduos e coletividades. O processo de trabalho da atenção primária exige uma funcionalidade complexa dos profissionais, envolvendo funções técnicas e de cuidado, assim como, a equipe precisa fornecer educação em saúde, desenvolver atividades de cunho individual e/ou coletivo de forma preventiva, curativa ou de reabilitação. Com um grupo tão complexo de responsabilidades e atividades, os profissionais da unidade podem ficar sobrecarregados e aumentarem os níveis de estresse.¹²

Embora tenha apresentado variações, o estresse acomete todas as categorias profissionais e sua percepção está relacionada com aspectos individuais, profissionais e do ambiente do trabalho, dentre eles: sexo, estado civil, categoria profissional, composição das equipes e tempo de atuação na mesma equipe. Dentre os fatores estressores dos trabalhadores da APS, destaca-se também os fatores associados ao trabalho, como

sobrecarga, precarização do emprego e das condições de trabalho, pressão por cumprimento dos resultados e falta de autonomia.¹³ Além disso, estar em constante contato com o sofrimento humano, limitações da vida e saúde, que são considerados os valores mais altos da existência humana, potencializam um movimento intenso de emoções e compaixão com os usuários, assim como a doença e a vulnerabilidade da população do seu território podem resultar em desgastes emocionais destes profissionais.¹⁴

Em relação aos fatores que potencializam o estresse laboral dos profissionais da APS, os estudos apontaram aspectos que dificultam o desenvolvimento das atividades laborais, como: à falta de instrumentos e equipamentos adequados; falta de transporte para a realização das visitas domiciliares no território; um número excessivo de tarefas que não são de sua competência profissional; a demanda excessiva de atividades de cunho burocrático; e ausência de proteção legal no trabalho (ameaça de perigo físico).

Outro aspecto que potencializa o estresse laboral envolve, principalmente, a gestão dos serviços e processos de trabalho, sendo que os profissionais da APS relatam: falta de perspectiva de crescimento na carreira; discriminação ou favoritismo por parte da gestão; baixa valorização do profissional pelos superiores; o não compartilhamento das decisões organizacionais; a forma de distribuição das tarefas; e a forma como a gestão controla as atividades realizadas pelos profissionais.

Além disso, os trabalhadores apontam como um estressor no ambiente de trabalho, a deficiência de educação continuada e permanente. Por fim, foi identificado que a sobrecarga de atividades potencializa o estresse dos profissionais, e que devida a demanda de serviço, muitas vezes não dão conta de realizar todas as tarefas por conta do tempo.

Os altos índices de estresse que os trabalhadores da APS estão submetidos têm forte influência na produção dos serviços de saúde. Pro-

blemas ou prejuízos à saúde física e mental podem impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Nesse contexto, estudos mostram que os profissionais da APS, estão expostos a representações sob cargas físicas, cognitivas e psíquicas intensas, decorrentes da estrutura física inadequada, precariedade de recursos para execução das tarefas, exposição a riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, deficiência nos treinamentos profissionais, podendo provocar desgaste físico e sofrimento psíquico, fortalecendo o caráter multifatorial dos riscos laborais presentes na prática profissional.^{11,13,14}

O estresse no trabalho de profissionais de saúde obtém alternância de acordo com sua demografia e características relacionadas às funções. Essas demandas de trabalho interagem com o corpo do trabalhador, podendo gerar desgaste, comprometendo a capacidade corporal e psíquica. Assim, o contato constante com usuários e a exposição a outros fatores de risco no ambiente de trabalho podem ser um potencializador do estresse laboral.^{14,15}

Considerações finais

A prevalência de estresse laboral em profissionais da APS foi considerada elevada. No entanto, percebe-se que esta temática é ainda pouco explorada no contexto da atenção primária, sendo que as pesquisas têm focado principalmente para a avaliação da Síndrome de *Burnout* (SB), e que por vezes, podem ser confundidas como sinônimos, uma vez que a SB consiste em um distúrbio psicológico, envolvendo tensão emocional e estresse crônico decorrentes do ambiente laboral.

Assim, a avaliação dos níveis de estresse laboral no contexto da APS tem papel fundamental. Primeiramente, o estresse é um dos principais fatores para o surgimento da SB. Segundo, que a prevenção do *Burnout*, por meio da avaliação do estresse, acaba minimizando o risco de afastamento do trabalhador do ambiente laboral, uma vez que, atualmente, as taxas de afastamento na APS têm sido consideradas elevadas. E terceiro, que a partir da identificação do estresse, podem ser estabelecidas

intervenções com maior efetividade e com resolutividade em um curto espaço de tempo, e não exigindo o afastamento do trabalhador.

Percebe-se que a produção em relação à temática do estresse laboral começa a ser potencializada a partir do ano de 2019, principalmente por conta da pandemia da Covid-19. A pandemia acabou modificando o processo de trabalho dos profissionais da APS, gerando estresse nos trabalhadores, mas que não chegam ainda a uma condição de esgotamento do trabalhador. Assim, percebe-se que a pandemia tem gerado nos trabalhadores da APS, insegurança, medo de adoecimento, falta de comunicação entre a gestão e entre a equipe, falta de equipamentos de proteção individual, mudanças de condutas nas práticas de cuidado, entre outros aspectos.

Em relação aos fatores associados ao estresse em profissionais da APS, percebe-se que a falta de equipamentos e materiais, na qual dificultam o desenvolvimento das atividades laborais, acabam potencializando o aumento dos níveis de estresse. Assim como, as condutas inapropriadas da gestão ou superiores, a falta de capacitação das equipes e a sobrecarga de atividades são, da mesma forma, consideradas potencializadores do aumento nos níveis de estresse.

Diante do exposto, sugere-se novos estudos que avaliem a prevalência de estresse nos trabalhadores da atenção primária, principalmente com a mudança na forma de avaliação dos indicadores de desempenho da APS, que acabaram envolvendo uma mudança no processo de trabalho dos profissionais, gerando de certa forma, um aumento nas demandas laborais, e por vezes a sobrecarga destes profissionais para atingir as metas estabelecidas. Além disso, torna-se essencial potencializar discussões em torno da gestão e o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde mental do trabalhador, a fim de minimizar as situações estressoras decorrentes do ambiente laboral.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Saúde do Trabalhador; Estresse Ocupacional; Revisão Sistemática.

Referências

1 Machado GA, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação dos recursos da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];34:1-8. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>.

2 Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MT, et al. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. *Rev CEFAC* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];20(1):69-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820111117>.

3 Ferreira MS, Anderson MI. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];15(42):1-10. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2188](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2188).

4 Estellita MC, Pascoal SC, Lima KE, Queiroz EC, Pascoal SC et al. Análise do coronavírus SARS-CoV-2/COVID-19 no cenário atual da pandemia mundial: revisão de literatura. *Braz J Hea Rev* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];3(3):7058-72. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-237>.

5 Azevedo AR, Rezende AM, Rezende MA. Estresse ocupacional: lobo em pele de cordeiro. *Psique* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];15(1):110-127. Available from: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4269/1/110-127%20Alex.%20Rodrigues%20%2B%20Adriana%20Rezende%20%2B%20Matelane%20Rezende.pdf>.

6 Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MM. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paideia [internet]. 2010 [cited 10 apr 23];20(45):73-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>.

7 Organização Mundial de Saúde. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Organización Mundial de la Salud [internet]. 2020 [cited 29 nov 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164>.

8 Bertussi VC, Junqueira MA, Giuliani CD, Calçado RM, Miranda FJ, et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enferm [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];20:1-9. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820>.

9 Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2021.

10 Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.

11 Suyam EH, Lourenção LG, Cordioli DF, Cordioli JR, Miyazaki MC. Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em agentes comunitários de saúde. Cad Bras Ter Ocup [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];30:1-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22692992>.

12 Guo H, Ni C, Liu C, Li J, Liu S. Perceived job stress among community nurses: a multicenter cross-sectional study. Int J Nurs Pract [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];25(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12703>.

13 Cordioli DF, Cordioli JR, Gazeta CE, Silva AG, Lourenção LG. Estresse ocupacional e engajamento no trabalho em trabalhadores da

atenção primária à saúde. Rev Bras Enferm [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];12(6):1580-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>.

14 Stanetić K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and *burnout* syndrome. Med Pregl [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];66(3-4):153-162. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23653994/>.

15 Santos LT, Souza FO, Freitas PS. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - Uma revisão de literatura. Revista de Atenção à Saúde [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];17(61):105-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>.

PARTE 3

FELICIDADE NO TRABALHO

CAPÍTULO 8

FELICIDADE NO TRABALHO: CONCETUALIZAÇÃO E ESTUDOS EM ENFERMEIROS PORTUGUESES

Sofia Feitor¹, Teresa Martins², Sofia Loureiro³

Introdução

A Revolução Industrial no século XVIII levou a uma intensificação e desumanização laboral que conduziu, por sua vez, a um olhar mais negativo face ao trabalho^{1,2}. Mais tarde, na década de 80, surgiu a psicodinâmica do trabalho que procurou enaltecer também os aspetos positivos laborais, debruçando-se sobre os efeitos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores. A felicidade no trabalho surge aliada à psicologia positiva, que dá os primeiros passos no ano 2000, valorizando a força e resiliência, retirando o foco do dano e da fragilidade, nutrindo o que existe de melhor em cada um².

Ao longo das últimas décadas, vários construtos laborais positivos têm surgido na literatura, como o *engagement*, satisfação com o trabalho, vigor, envolvimento, *flourishing*, entre outros³. O conceito de felici-

¹ Unidade de Saúde da Ilha do Faial. E-mail: sofia.a.feitor@azores.gov.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5017-594X>

² Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. E-mail: mt.sevivasmartins@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7759-8280>

³ Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. E-mail: sofiaalexandral23@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7068-3324>

dade no trabalho é também um deles, tendo sido definido de variadas formas, por vários autores². Contudo, alguns autores concordam que as experiências laborais positivas devem ser superiores às negativas, de forma a existir felicidade no local de trabalho^{3,4}.

A definição mais frequentemente aceite é a de Fisher, que define felicidade no trabalho como o conjunto de fatores organizacionais e individuais (como emoções, humores, disposições e atitudes), englobando os conceitos de *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo³. Assim, a autora abrange o fator temporal (englobando aspetos mais transitórios e mais constantes no tempo), envolvimento cognitivo no trabalho (*engagement*), satisfação com as condições de trabalho (satisfação com o trabalho) e sentimento de pertença e relação emocional com a organização (compromisso organizacional afetivo)³.

De acordo com os nossos percursos investigativos e a evidência científica, a felicidade no trabalho é um construto que permite avaliar atitudes, emoções e sentimentos de prazer positivo e transitório (hedónicos) e de autorrealização e desenvolvimento que se prolongam no tempo (eudaimónicos), analisando de forma integrada o envolvimento afetivo-cognitivo e o prazer da realização do próprio trabalho (*engagement*), os julgamentos sobre as características do trabalho (satisfação com o trabalho) e os sentimentos de afeição, pertença e valor para com a instituição (compromisso organizacional afetivo), assumindo assim um carácter tridimensional.

Sendo considerada como um aspeto central na vida de todos, alcançar a felicidade no local de trabalho é de extremo interesse, tornando-a numa variável de especial relevância na vida das organizações e trabalhadores⁵. O conceito assume ainda maior importância quando produtividade e competitividade são duas palavras-chave nas organizações de hoje, sendo que ambas dependem fortemente do equilíbrio físico e psicológico que as instituições proporcionam aos trabalhadores^{2,5}.

Assim, a felicidade no trabalho, olhada como um eixo estratégico, pode ter um papel fundamental na redução do absentismo e abandono profissional e, por outro lado, poderá aumentar a produtividade e melhorar as condições de trabalho. Além disso, serão também reduzidas as doenças profissionais e os condicionalismos laborais^{1,2,5}.

Alguns fatores organizacionais potenciadores de felicidade no trabalho são o espírito de equipa, inovação, tomada de decisão partilhada entre gestores e trabalhadores, confiança, remuneração justa, aprendizagem contínua, variedade, recursos adequados, equilíbrio trabalho-família e reconhecimento⁶⁻⁸. Quanto aos fatores individuais, surge a autoestima, estabilidade emocional, capacidade de adaptação, identificação do trabalhador face à organização, entre outros⁶⁻⁸.

A felicidade dos enfermeiros está relacionada com a vocação para a profissão, independência no trabalho e valores relacionados com a profissão de enfermagem¹, sendo que, a literatura mostra que os seus níveis de felicidade no trabalho são moderados a baixos⁶⁻⁹.

Objetivo

Apresentar os resultados principais de três estudos quantitativos e transversais realizados com enfermeiros portugueses e refletir sobre a experiência de investigação.

Método

Os estudos apresentados foram de carácter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizados em enfermeiros portugueses a trabalhar em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários, há pelo menos seis meses. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e profissional e a *Shorted Happiness at Work Scale*⁵, uma escala do tipo

Likert, pontuada de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de felicidade no trabalho. A escala tem três dimensões: *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, indo ao encontro da conceptualização de Fisher³. A realização destes estudos obteve pareceres favoráveis das Comissões de Ética para a Saúde, dos Conselhos de Administração das respectivas instituições e os participantes concederam o seu consentimento informado.

Resultados e Discussão

Estudo 1: Enfermeiros de uma Unidade Hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários de uma ilha dos Açores

A amostra foi de 113 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, entre os 31 e os 40 anos, com parceiro(a), com filhos, com bacharelato/licenciatura, com 16 ou mais anos de experiência profissional, enfermeiro generalista, com horário fixo e vínculo definitivo com a instituição.

Os níveis de felicidade no trabalho dos enfermeiros açorianos foram moderados (4,25; DP=1,05), indo ao encontro de outros estudos com enfermeiros⁷⁻⁹, sendo que estes apresentaram maiores níveis de envolvimento no trabalho e menores de satisfação com as condições de trabalho. Isto pode dever-se, por um lado, à elevada motivação e envolvimento afetivo dos profissionais de enfermagem no decorrer da sua função, e, por outro, às más condições laborais que são transversais a muitos contextos (pressões psicológicas, físicas, contacto com o sofrimento do outro, falta de recursos, entre outros).

Enfermeiros mais velhos (com 61 ou mais anos), sem pessoas dependentes a cargo e que realizavam atividades de lazer fora do horário de trabalho apresentaram níveis mais elevados na dimensão de satisfação com o trabalho. Os enfermeiros mais velhos podem possuir, por um lado, maior flexibilidade horária e posições mais elevadas dentro das instituições, e, por outro, derivado da sua maior experiência profissio-

nal, melhores mecanismos de *coping* relativamente a situações difíceis. Todos estes fatores podem levar ao aumento da sua satisfação com o trabalho⁹.

Enfermeiros sem pessoas dependentes a cargo e que realizam atividades de lazer nutrem-se mais, dedicam mais tempo a si próprios, gerando mais bem-estar individual e melhor saúde mental e física⁹. Todos estes fatores vão contribuir, direta ou indiretamente, para a sua satisfação com o trabalho, local onde passamos um terço do nosso tempo.

Estudo 2: Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal

A amostra foi constituída por 105 enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal. Os participantes eram na sua maioria do sexo feminino, com uma média de 41,2 anos de idade, licenciados ou pós-graduados, com parceiro(a) e filhos e com uma experiência profissional média de 18,6 anos. Mais de metade era enfermeiro especialista, tinha horário fixo, considerava o trabalho stressante e praticava atividades de lazer.

Os níveis de felicidade no trabalho encontrados foram moderados (4,52; DP=0,94), o que corrobora as evidências obtidas por outros investigadores^{6,7,9} e que se podem relacionar com os ambientes de trabalho nos quais estes profissionais exercem funções, uma vez que estes se caracterizam por serem propícios ao desgaste físico e psicológico, pela falta de recursos humanos e materiais e pela sobrecarga de trabalho, características que surgem na literatura como sendo dificultadoras da felicidade no trabalho¹.

Verificou-se também, uma associação linear negativa entre a idade e o nível de *engagement*, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por outros autores¹⁰, podendo esta relação ser justificada pelo facto dos cuidados de saúde primários terem a prestação de cuidados baseada nas novas tecnologias e no trabalho em rede, associado ao facto da maioria

dos profissionais fazer parte da geração *millennials*, que apresenta grandes competências na área das tecnologias de informação e comunicação e com foco na demonstração de resultados, características não tão evidentes na geração que a antecede.

Os enfermeiros especialistas evidenciaram um nível mais elevado de compromisso organizacional afetivo. Um estudo com enfermeiros portugueses¹¹ obteve resultados similares e relaciona o maior nível de compromisso organizacional afetivo com o exercício de cargos de gestão. Considerando que, atualmente nos centros de saúde as funções de gestão são desempenhadas pelo enfermeiro especialista, estes podem sentir-se mais envolvidos com a organização e mais valorizados por esta.

Por último, os enfermeiros que consideram ter um trabalho stressante apresentaram níveis mais baixos de felicidade no trabalho e em todas as suas dimensões (*engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo), tal como documentado na literatura¹⁰. Os ambientes de trabalho dos enfermeiros por si só são responsáveis pelo desgaste físico e mental destes profissionais¹, embora os resultados obtidos neste estudo se possam relacionar eventualmente com as mudanças ocorridas durante o momento da colheita de dados, em que os mesmos tiveram de enfrentar incertezas, alterações rápidas e permanentes e grandes sobrecargas de trabalho devido à vacinação em massa da população portuguesa, de modo a tentar conter a pandemia da Covid-19.

Estudo 3: Enfermeiros de uma Unidade Hospitalar da Região Norte de Portugal

A amostra foi constituída por 363 enfermeiros de uma unidade hospitalar de uma Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 37,9 anos, enfermeiros generalistas, com licenciatura ou pós-graduação, a exercer funções na área médico-cirúrgica, com tempo médio de experiência profissional de 14,8 anos, com horário rotativo,

com parceiro(a), com filhos, sem ajuda na prestação de cuidados às pessoas dependentes a cargo, praticavam atividades de lazer e consideravam o seu trabalho stressante.

Neste estudo, os enfermeiros evidenciaram níveis moderados de felicidade no trabalho (4,44; DP=1,15), resultados corroborados por outros autores^{6,8,9}, sendo que apresentaram níveis superiores na dimensão *engagement* e níveis inferiores na dimensão satisfação com o trabalho. Tais resultados podem ser justificados pela motivação e ligação dos enfermeiros à instituição e aos utentes¹² e pela insatisfação dos enfermeiros com as condições de trabalho e vivência de sentimentos negativos na prestação de cuidados^{1,9}, que são alguns dos principais fatores preditores de felicidade dos enfermeiros¹.

Observou-se também, que os participantes com parceiro(a) evidenciaram níveis superiores de compromisso organizacional afetivo, o que vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos^{9,13}. Os trabalhadores casados têm mais responsabilidades familiares e encargos económicos pelo que serão mais comprometidos com a organização. Por outro lado, a existência de uma boa relação conjugal é um fator relevante na felicidade dos enfermeiros¹.

Os enfermeiros que praticavam atividades de lazer demonstraram valores superiores de *engagement*, evidências que são corroboradas por outros investigadores⁹. A prática de atividades de lazer influencia a adoção de comportamentos de autocuidado, promovendo o bem-estar e a saúde mental, sendo que a existência de uma boa saúde mental é um preditor significativo da felicidade nos enfermeiros⁹.

Os participantes que trabalhavam na área da Mulher, Criança e Jovem apresentaram níveis superiores de felicidade no trabalho, *engagement* e compromisso organizacional afetivo. Vários estudos demonstram a existência de uma relação entre o local de trabalho e os níveis de felicidade^{1,9}, não havendo unanimidade sobre os serviços que potenciam ou

dificultam esses níveis. Contudo, os resultados encontrados podem ser explicados pelas características destes serviços, dos utentes internados e pela tipologia de cuidados de enfermagem.

Verificou-se ainda que com o aumento do tempo de experiência profissional houve um aumento do compromisso organizacional afetivo, tal como verificaram outros autores^{6,9}, podendo dever-se ao facto de que os enfermeiros são mais felizes à medida que envelhecem porque são mais “maduros”, responsáveis, aceitam melhor a realidade dos seus contextos de trabalho¹², possuem mais experiência laboral⁹ e ocupam cargos mais estáveis e com maior probabilidade de progressão para funções de gestão.

Os enfermeiros gestores apresentaram níveis mais elevados de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, à semelhança do que outros investigadores demonstraram^{6,14}. Os enfermeiros gestores são mais velhos, com maior experiência profissional, têm horário fixo, salários mais elevados, maior autonomia, maior capacidade e envolvimento na tomada de decisão e um melhor posicionamento na carreira, o que contribui para a satisfação com o trabalho, *engagement*, compromisso organizacional e felicidade no trabalho^{9,14}.

Os participantes com horário fixo apresentaram valores superiores de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, indo de encontro aos resultados de outros autores^{9,15}, podendo ser justificado pelas características do horário fixo e rotativo, que exige uma adaptação aos diferentes horários de trabalho, com impacto negativo na saúde dos profissionais e repercussões na vida pessoal e familiar¹⁴.

Os enfermeiros que percecionaram o trabalho como stressante evidenciaram valores mais baixos de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, à semelhança dos resultados obtidos em outros estudos^{10,15}. Os contextos

de trabalho dos enfermeiros tornam estes profissionais mais expostos ao stress, podendo levar ao desgaste físico e mental e comprometer os cuidados prestados¹. Por outro lado, não podemos dissociar-nos do contexto pandémico que se vivia no momento da colheita de dados, que obrigou a mudanças rápidas e profundas nos contextos de trabalho e contribuiu para o aumento das exigências laborais.

Felicidade no trabalho: a nossa experiência de investigação

Os estudos apresentados obtiveram resultados semelhantes quanto aos níveis de felicidade no trabalho, apesar de terem sido realizados em diferentes contextos profissionais (hospitalar e cuidados de saúde primários) e em de diferentes áreas geográficas (Região Norte de Portugal e ilha dos Açores). Este aspeto comum remete para o facto de os enfermeiros vivenciarem o mesmo tipo de sentimentos e emoções no local de trabalho. De acordo com a revisão sistemática da literatura de Arulappan e colaboradores¹, os enfermeiros são menos felizes no trabalho devido à constante exposição ao sofrimento e morte do outro, à volatilidade do estado dos utentes, falta de recursos, trabalho de equipa deficiente, falta de apoio por parte dos pares e comunicação ineficaz com a equipa médica e chefias.

Todos estes fatores levam à redução da capacidade laboral, aumento de conflitos, intenção de abandonar a profissão e até à doença mental, como a depressão, culminando na diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Mais do que nunca, ser enfermeiro nos dias de hoje, requer resiliência, paixão pela profissão e, principalmente, continuar a nutrir o gosto pelo cuidar.

As condições económicas, de pandemia e de guerra atuais são fatores que têm impactado de forma extrema o setor da saúde e os seus profissionais, pelo que, a investigação e intervenção no campo da saúde ocupacional é imperativo, de modo a identificar estratégias que fomentem ambientes de trabalho positivos, seguros e saudáveis.

No desenvolvimento da investigação sobre a felicidade no trabalho, inicialmente, foi perceptível alguma surpresa por parte dos enfermeiros na temática. Para além do conceito não lhes ser conhecido, estranhavam a conjugação da felicidade com o trabalho, uma vez que o trabalho ainda está associado principalmente aos aspetos negativos, negligenciando os aspetos positivos. Apesar de o conceito de felicidade no trabalho não ser novo, este tem ganho protagonismo na relação entre trabalhadores e organizações, pelo que cada vez mais trabalhadores e instituições começam a “despertar” para a necessidade de promover a felicidade no trabalho, que é indispensável para atrair e reter os profissionais e para o sucesso organizacional.

Para além disso, o estudo da felicidade no trabalho permitiu conhecer a multiplicidade de construtos que existem paralelos à mesma e as suas diferenças e compreender melhor a origem do estudo da felicidade desde os filósofos antigos. Sendo dois aspetos centrais na vida dos indivíduos, mas também extremamente subjetivos, o estudo da felicidade no trabalho torna-se muito interessante e estimulante.

Investigar a felicidade no trabalho, teve também alguns fatores dificultadores. Um deles foi, sem dúvida, a inexistência de um construto capaz de reunir o consenso da academia, surgindo uma multiplicidade de estudos indexados à felicidade, mas que na realidade se reportam a diferentes formas de bem-estar ou à felicidade em geral (e não à felicidade no trabalho) como construto integrativo. O facto de o estudo sobre a felicidade/felicidade no trabalho em enfermeiros ser recente e estar ainda pouco desenvolvido também limitou a possibilidade de comparação com outros trabalhos. Contudo, estudar a felicidade no trabalho foi prazeroso, permitindo desenvolver competências e conhecimentos potenciadores de mudança na cultura das organizações, despoletando atitudes positivas, como a empatia e uma maior preocupação com a saúde mental dos profissionais, contribuindo assim para o desenvolvimento de ambientes de trabalho positivos e saudáveis.

Conclusões

Os enfermeiros apresentaram níveis moderados de felicidade no trabalho nos três estudos apresentados. No estudo 1, observaram-se relações entre a idade, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer com a dimensão de satisfação com o trabalho. No estudo 2 entre a dimensão de *engagement* e a idade, entre a dimensão de compromisso organizacional afetivo e a categoria profissional e entre a felicidade no trabalho (e todas as suas dimensões) e o facto de considerar o trabalho stressante. No estudo 3 entre a felicidade no trabalho (global e dimensões) e o local de trabalho, categoria profissional, horário de trabalho e o facto de considerar o trabalho stressante. Verificou-se ainda uma relação entre a dimensão *engagement* e a prática de atividades de lazer. Por último, observou-se a existência de relação entre a dimensão compromisso organizacional afetivo e o estado civil e o tempo de experiência profissional.

A realização desta investigação foi enriquecedora, positiva, interessante, surpreendente e desafiante para as três autoras, na medida em que era uma temática pouco conhecida e estudada nos enfermeiros, contudo nutrimos um apreço especial pela área da saúde ocupacional e pela promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Além disso, o contexto pandémico foi um desafio para as investigadoras, mas também uma oportunidade, uma vez que permite no futuro a realização de estudos comparativos num contexto após a pandemia.

Proporcionar trabalho digno e que vá ao encontro das necessidades dos trabalhadores fará aumentar a felicidade no trabalho, a produtividade, o sucesso e a sustentabilidade, pelo que é imperativo que as organizações desenvolvam estratégias que cuidem dos seus trabalhadores, englobando as esferas física, psicológica, espiritual e emocional.

O tema da felicidade no trabalho é ainda um tema complexo, pelo que a existência de mais investigação permite aumentar o conhecimen-

to científico nesta área, identificando os preditores organizacionais e pessoais que são responsáveis pela felicidade no trabalho, de modo que estes dados possam ser utilizados pelas instituições e pelos enfermeiros gestores para a criação e implementação de estratégias que melhorem os níveis de felicidade no trabalho dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação nesta área deve ter continuidade, em diversos contextos laborais e culturais, considerar a análise de outras variáveis, tais como o clima organizacional, os estilos de liderança, algumas variáveis de caracterização de personalidade dos enfermeiros, a motivação e o suporte social.

Palavras-Chave: Felicidade no trabalho; Saúde ocupacional; Investigação; Enfermeiros.

Referências

- 1 Arulappan J, Pandarakutty S, Valsaraj BP. Predictors of nurse's happiness: a systematic review. *Frontiers of Nursing*[internet]. 2021 [cited 10 apr 23];8:313-26. Available from: <https://doi.org/10.2478/fon-2021-0032>.
- 2 Elpo PS, Lemos DC. Felicidade no trabalho: Conceitos, elementos antecessores e temas transversais. *Perspectivas Contemporâneas* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];17:1-19. Available from: <https://doi.org/10.54372/pc.2022.v17.3253>.
- 3 Fisher CD. Happiness at work. *Int J of Manag Rev* [internet]. 2010 [cited 10 apr 23];12(4):384-412. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x>.
- 4 Singh S, Aggarwal Y. Happiness at work scale: Construction and psychometric validation of a measure using mixed method approach. *J Happiness Stud* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];19(5):1439-63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9882-x>.
- 5 Salas-Vallina A, Alegre J. Happiness at work: developing a shorter measure. *J Manag Organ* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];27(3):460-80. Available from: <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.24>.
- 6 Feitor S. Felicidade no trabalho e eventos potencialmente traumáticos: um estudo com enfermeiros açorianos [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23] Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/36080>.

7 Loureiro S. Felicidade no trabalho e interação familiar: um estudo com enfermeiros em contexto hospitalar [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/38950>.

8 Martins T. Felicidade no trabalho e interação familiar: um estudo com enfermeiros de um agrupamento de centros de saúde [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/38949>.

9 Khosrojerdi Z, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K. Predictors of happiness among Iranian nurses. *Int J Nurs Sci* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];5(3):281-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.008>.

10 Silva M, Borges E, Baptista P, Queirós C. Engagement e satisfação dos Enfermeiros do pré-hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]:25-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0243>.

11 Urco CF, Saá MJ, Murillo DE, Salinas JM. Felicidade no trabalho na geração dos Millennials, novos desafios para os administradores. *Brazilian Journal of Development* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];5(9):14571-82. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-063>.

12 Buaklee P, Fongkaew W, Turale S, Akkadechanunt T, Sansiriphun N. Unveiling the experiences of happiness at work through narrative inquiry: advance practice nurses' perspectives. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]; 21(3):206-19. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/76287/72322>.

13 Cruz JB. As relações entre o comprometimento/compromisso organizacional e a percepção sobre as condições de trabalho: um estudo comparativo entre profissionais enfermeiros de hospitais públicos de Portugal versus Brasil [tese]. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

ça [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10198/22687>.

14 Almeida DM. Satisfação profissional e engagement: percepção dos enfermeiros [tese]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/94655>.

15 Lobo V. Presentismo e engagement em enfermeiros [dissertação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33059/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Victor%20Lobo.pdf.

¹Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: chancarlyne.vivian@unoesc.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3697-4109>

²Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: leticia.trindade@unochapeco.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

CAPÍTULO 9

PRAZER NO TRABALHO: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Chancarlyne Vivian¹, Letícia de Lima Trindade²

Introdução

A palavra prazer origina-se do latim e provém do verbo *placere*, que remete agradar, parecer bem. Do mesmo modo, está relacionado a *placare* que remete acalmar, aquietar¹. Outrossim é compreendida como emoção ou sensação induzida pelo gozo ou antecipação do que é sentido ou visto como bom ou desejável². O conceito de prazer também é refletido pela psicanálise e se distancia das construções de hedonismo¹⁰ pelo caráter de experiência subjetiva conferida ao prazer¹.

As reflexões de Epicuro¹¹ sinalizam que o prazer concerne na ausência de sofrimento no corpo e de perturbações na alma, além de definir

¹⁰ Termo que indica tanto a procura indiscriminada do prazer, quanto a doutrina filosófica que considera o prazer como o único bem possível, portanto como o fundamento de vida moral. Essa doutrina foi sustentada por uma das escolas socráticas, a Cirenaica, fundada por Aristipo; foi retomada por Epicuro, segundo o qual "o prazer é o princípio e o fim da vida feliz". O hedonismo distingue-se do utilitarismo do século XVIII porque, para este último, o bem não está no prazer individual, mas no prazer do "maior número possível de pessoas", ou seja, na utilidade social (Abbagnano, 2007).

¹¹ Epicuro de Samos um filósofo grego que entendeu que o bem reside no prazer. O prazer de que fala Epicuro é o prazer do sábio, entendido como quietude da mente e o domínio sobre as emoções e, portanto, sobre si mesmo. É o prazer da justa medida e não dos excessos. É a própria natureza que nos informa que o prazer é um bem. Este prazer, no entanto, apenas satisfaz uma necessidade ou aquieta a dor. O único prazer é o prazer do corpo e o que se chama de prazer do espírito é apenas lembrança dos prazeres do corpo. O mais alto prazer reside no que chamamos de saúde (Epicuro, 1980).

que o propósito da vida humana consiste e se resume em viver bem e ser feliz^{3,4}. Afirmar que a vida virtuosa é a realização do prazer (*hedoné*¹²) e que o prazer é pressuposto como bem primeiro e não requer demonstração. A título de um bem, é imediatamente confirmado pelas evidências sensíveis, às quais, como sugere Epicuro, são sempre verdadeiras⁴. Dessa maneira, as formas adotadas pelos seres humanos para definir as suas ações favorecem a busca pelas situações que suscitam prazer³.

Doravante, a expressão prazer no trabalho é central para Psicodinâmica do Trabalho (PDT)¹³, uma vez que entende o trabalho como um meio passível de gerar prazer, coesão social e desenvolvimento⁵. Logo, se há prazer no trabalho este prazer só pode advir do ganho obtido no trabalho justamente no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo⁶. O prazer extraído do sucesso do trabalho está ligado ao crescimento da subjetividade, assim, trabalhar não é apenas produzir, é também transformar-se a si mesmo⁷.

Aos olhos da Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento^{5,8-10}. Tanto o prazer quanto o sofrimento são o resultado da combinação da história da pessoa com a organização do trabalho, ao passo que, o trabalho deve oportunizar ao trabalhador uma mobilização subjetiva, uma atividade psíquica capaz de evitar o sofrimento e ressignificar a sua relação com o trabalho¹. Dito isso, esse estudo tem como objetivo refletir sobre os elementos

¹² Na mitologia grega, é a deusa do prazer (Epicuro, 1980).

¹³ A Psicodinâmica do Trabalho é uma proposta teórica metodológica que busca estudar e intervir nos espaços de trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores. Seu precursor Christophe Dejours introduziu em 1992 o nome Psicodinâmica do Trabalho para designar o campo da investigação que é mais amplo do que o da psicopatologia do trabalho, na medida em que envolve o estudo não só do sofrimento e da patologia em relação ao trabalho, mas também do prazer e mesmo da saúde através do trabalho (DEJOURS et al., 2018). Assim, a Psicodinâmica do Trabalho procura dar conta não somente do sofrimento no trabalho e das patologias mentais a ele relacionadas, bem como das condições em que o trabalho é fonte de prazer, podendo desempenhar um papel na construção da saúde (Dejours, 2017).

constituintes na Psicodinâmica do Trabalho como suporte para compreender o prazer no trabalho.

Acredita-se que as evidências alinhavadas pela Psicodinâmica do Trabalho durante essas décadas sejam congruentes para compreender o prazer no trabalho. Além disso, este tema é indiscutivelmente importante na atualidade, dada a multifatorialidade de consequências tanto positivas, quanto negativas que o trabalho pode provocar. Todavia, é preciso compreender o trabalho como uma produção conceitual e prática em movimento que necessita de possibilidades humanas de diálogo com o intuito de pensar a forma como organizamos o trabalho, para que este seja uma práxis que, verdadeiramente, pode ser fonte de prazer.

Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho é uma proposta teórico prática que busca compreender e intervir na organização do trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores e privilegia a clínica como modo de construção do conhecimento, de interpretação e de análise do trabalho, colocando-se como instrumento capaz de compreender tanto os processos de saúde quanto as patologias do trabalho^{10,11}. Desenvolvida pelo médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours, tem seu foco na verbalização dos trabalhadores, com o objetivo de ressignificar o sofrimento vivenciado nos processos de trabalho, fazendo com que o resgate do sentido do trabalho fortaleça e potencialize o sujeito, de modo que ele enfrente o trabalho com um novo olhar^{10, 12}.

Dialogar sobre a Psicodinâmica do Trabalho sugere uma visão do trabalho como estruturante psíquico, além de oportunizar reflexões sobre novos horizontes da representatividade do sofrimento, do prazer e da saúde^{5,9,12,13}. A passagem do sofrimento ao prazer é, na Psicodinâmica do Trabalho, mediatizada pelo trabalho¹⁰. Tendo por objeto de estudo, os processos intersubjetivos que tornam possível a gestão social das in-

interpretações do trabalho pelos indivíduos e completa a análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas mediante a análise dinâmica do sofrimento e de sua transformação em prazer pelo reconhecimento⁶.

A literatura sinaliza que a Psicodinâmica tem por objetivo o estudo das relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimentos e de prazeres vividos, por um lado, e organização do trabalho e relações sociais de trabalho, por outro¹⁴ estudando as condições de articulação das inteligências singulares, na coordenação de atividades, no nível da organização do trabalho como um todo ou de um segmento dessa organização¹⁴⁻¹⁶. Esta área de estudo considera o trabalho como constituinte do sujeito e central nos processos de subjetivação, fazendo esta análise sociopsíquica do trabalho a partir de sua organização¹⁷.

Estudos nacionais¹⁸⁻²³ e internacionais^{10, 24-26} que discorrem sobre a Psicodinâmica do Trabalho, frequentemente trazem os conceitos de prazer e sofrimento sobrepostos e estritamente indissociáveis do trabalho.

Contudo, poucos são os estudos^{1,17,27} que inspirados na Psicodinâmica do Trabalho dialogam sobre o prazer. Tais estudos sugerem que o trabalho deve propiciar prazer para quem o exerce, pois deve conferir realização pessoal e profissional. Entendem a dinâmica do prazer no trabalho como constituinte da saúde mental e, para se obter essa sensação, é importante que a organização do trabalho permita ao trabalhador exercer e potencializar suas habilidades psicossensoriais, psicomotoras e psíquicas. Nesse sentido, os indivíduos que executam seu trabalho com prazer, apresentarão maior positividade relacionada à vida em geral.

Prazer no trabalho

Nos estudos psicodinâmicos o prazer é identificado como um princípio mobilizador que coloca as pessoas em ação para a busca de gratificação e realização de si¹⁻⁵. Entende-se a dinâmica do trazer no trabalho

como parte da saúde mental dos trabalhadores, além de estar associado a satisfação, alegria e bem-estar no ambiente de trabalho²⁷ e a sensação de dever cumprido, conforto, alívio e reconhecimento²⁵. O reconhecimento tem um impacto considerável sobre a identidade é graças a ele que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho⁷.

O prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho¹⁴. Trabalhar não é tão só produzir, é colocar seu corpo a provação, com possibilidade que ele volte mais sensível se comparado consigo mesmo antes dessa provação. Assim, trata-se de aumentar suas capacidades de experimentar prazer⁷. Contudo, o prazer não é visível, ele é um estado afetivo não mensurável, mas vivenciado “de olhos fechados”, ao passo que só se vivencia integralmente na intimidade da experiência interior²⁸.

Apesar de não ser visível, o prazer no trabalho pode ser sentido²⁵ e isso é possível quando o trabalhador é capaz de se mobilizar para a mudança das situações desencadeadoras de desconforto e enfrentar as adversidades²⁷. Perceber os sentimentos de prazer no trabalho pode contribuir para se criar um espaço que oportunize saúde física e mental e um trabalho saudável^{9, 10, 14}. O prazer começa quando graças ao zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes⁷.

Assim, o prazer no trabalhar permite considerar que o trabalho não é uma desgraça socialmente determinada, mas pode, de fato, ser um edificador das identidades individuais e coletivas⁶. Na perspectiva psicodinâmica, reencontramos sempre num momento ou noutro, a identidade e sua estabilização como questão da luta para a saúde mental⁷.

O reconhecimento do trabalho ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo trabalhador ao plano da construção de sua identidade e isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza da alma²⁸. Quando se é beneficiado por esse reconheci-

mento, o trabalho se torna um mediador decisivo para a construção da identidade e, por conseguinte, da saúde mental e física ¹⁶. Deste modo, o trabalho é ainda um mediador essencial da construção da identidade psicológica e pode desempenhar um papel de primeiro plano na realização de si ⁶.

A discussão sobre o prazer no trabalho é uma das ponderações centrais na Psicodinâmica do Trabalho que perpassa estudos, pesquisas e publicações. Os resultados de alguns estudos referem-se ao prazer como vivência^{14, 27}, outros buscam conhecer as fontes de prazer suscitadas no trabalho que podem desempenhar um papel na construção da saúde^{9,10}. Enfim, o prazer no trabalho é usado como tema transversal na PDT que perpassa suas pesquisas e análises e está ligado ao reconhecimento do trabalho, havendo necessidade de valorizá-lo, pois o prazer no trabalho colabora para a saúde psíquica do trabalhador.

Em adendo, é importante refletir sobre os desdobramentos do conceito de prazer, uma vez que o arcabouço teórico que sustentou teoricamente a pesquisa foi a Psicodinâmica do Trabalho. Assim sendo, entende-se que o conceito de prazer a luz de outras propostas teórico metodológicas pode destoar dos constructos definidos pela PDT até o momento.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Prazer.

Referências

1. Vieira FO, Mendes AM. Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
2. American Psychological Association. Dicionário de Psicologia. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Epicuro. Antologia de Textos. *In*: Epicuro, Lucrecio, Sêneca e Marco Aurélio (Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural; 1980.
4. Zmijewski MA. Notas sobre o conceito de prazer em Epicuro. *Griot: Revista de Filosofia*. 2022; 22(2):98-107. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/2803>
5. Arosa J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. *Revista Katálysis*. 2021;24(2):321-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/JdZkg-TRMT3sdTcLwL9M8Bsh/>
6. Lancman S, Sznelwar LI (orgs). Christophe D: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Tradução: Franck Soudant. 3ª Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 2011.
7. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*. 2012;17(3):363-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZCgmnvtLdFqdzFb3tdZ3zt/abstract/?lang=pt>
8. Dejours C. A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; 2015.
9. Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho: Casos Clínicos. Porto Alegre: Dublinense; 2017.
10. Dejours C, Deranty JP, Renault E, Smith NH. The Return of Work in Critical Theory: self, society, politics. New York: Columbia University Press; 2018.

11. Giongo CR, Monteiro JK, Sobrosa GM. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Temas em Psicologia*. 2015;23(4):803-14. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2015000400002&script=sci_abstract
12. Sousa-Duarte F, Silva S, Martinez MJ, Mendes AM. Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho no Brasil: (in)definições e possibilidade. *Psicologia em Estudo*. 2022;27(e48172):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CqtHPgYkvZ4mN9JWVn9dYqF/abstract/?lang=pt>
13. Dejours C. A sublimação entre o sofrimento e o prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. 2013; 33(2): 9-28. Disponível em: <https://docplayer.com.br/24920304-A-sublimacao-entre-sofrimento-e-prazer-no-trabalho-1.html>
14. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2015.
15. Dejours C. *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2005.
16. Dejours C. *Trabalho, Tecnologia e Organização. Avaliação do trabalho submetido à prova do real*. São Paulo: Blucher; 2008.
17. Garcia AB, Dellaroza MS, Haddad MC, Pachemshy LR. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012;33(2):153-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lw4ZKfgKrn4X-4f6wWMVMLBw/?lang=pt>
18. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM. (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

19. Glanzner CH, Olschowsky A, Pai DD, Tavares JP, Hoffman DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(4):1-9 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LDTNfhK56yLtwm6tSDb8dXM/?lang=pt>
20. Hoffmann C, Zanini RR, Moura GL, Costa VM, Comoretto E. Psicodinâmica do trabalho e riscos de adoecimento no magistério superior. *Estudos Avançados.* 2017;31(91):257-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/GPrGfxy69Xj5YHrSKLVSWHJ/abstract/?lang=pt>
21. Macedo KB, Heloani R. Introdução e Expansão da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: entrevista com Dejours. *Psicologia em Estudo.* 2017;22(3):497-502. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37405>
22. Nascimento M, Dellagnelo EH. Entre a obrigação e o prazer de criar: uma análise Psicodinâmica do prazer-sofrimento no trabalho artístico. *Revista Eletrônica de Administração.* 2018;24(2):135-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/nGhs5HMs6YWF7DtMTdYftmk/?lang=pt>
23. Lancman S, Bruni MT, Giannini R, Sales VB, Barros JO. O trabalhar nas intervenções em saúde e segurança no trabalho: reflexões sobre a construção de uma política integrada. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2022;27(11):4265-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mQwVCd7CcBwszTVBn7K8x4s/abstract/?format=html&lang=pt>
24. Wlosko M, Ross C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud Colectiva.* 2015;11(3):445-54. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n3/445-454/>
25. Santos JL, Corral-Mulato S, Villela-Bueno SM, Robazzi ML. Sentimentos de enfermeiras diante da morte: prazer e sofrimento na perspectiva da psicodinâmica de Dejours. *Investigación y Educación en Enfer-*

mería. 2016;34(3):511-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954347>

26. Dashtipour P, vidaillet B. Introducing the French psychodynamics of work perspective to critical management education: why do the work task and the organization of work matter? *Academy of Management Learning & Education*. 2020;19(2):131-46. Disponível em: <https://eprints.mdx.ac.uk/26725/>

27. Rocha GS, Andrade MS, Silva DM, Terra MG, Medeiros SE, Aquino JM. Sentimentos de prazer no trabalho das enfermeiras da atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(4):1093-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xCwj9D6Z6phdT4zWvKpjP-dc/?lang=pt>

28. Dejours C. *A Banalização da Injustiça Social*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003.

29. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. 5ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

PARTE 4

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

CAPÍTULO 10

BULLYING NO TRABALHO

*Gildo Castro¹, Margarida Ferreira², Letícia de Lima Trindade³,
Elisabete Borges⁴*

Introdução

O fenómeno do *bullying* é um tipo de violência que evidencia características próprias, sendo conceituado num primeiro artigo publicado em 1989¹. Em 1990 surge o primeiro artigo em inglês sobre o fenómeno do *bullying* no local de trabalho², evidenciando-se um aumento significativo do interesse no tema e o *bullying* no trabalho, atualmente é reconhecido como um fenómeno universal^{3,4}.

Ainda que o interesse científico e social pelo fenómeno *bullying* no trabalho tenha aumentado de forma considerável e, consequentemente, a compreensão deste fenómeno e dos seus efeitos seja hoje um assunto mais exposto, a incidência deste tipo de violência é crescente e identifica o *bullying* no mundo do trabalho ainda é um desafio da sociedade atual⁵.

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. E-mail: gildocastro1@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5609-9220>

²Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, CINTESIS@RISE. E-mail: margarida.v.ferreira@ipiaget.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2232-7314>

³Universidade do Estado de Santa Catarina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: letrindade@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: elisabete@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>

A Organização Internacional do Trabalho⁵ alega que a violência e o *bullying* no local de trabalho constituem uma grande ameaça para a segurança e para a saúde dos trabalhadores, apresentando-se como uma violação dos direitos humanos, incompatível com um trabalho seguro e digno.

A Convenção n.º 190 sobre Violência e Assédio contextualiza a violência no trabalho como um conjunto de comportamentos inaceitáveis, de práticas ou ameaças originadas por uma ocorrência única ou de forma recorrente, que resultam ou são suscetíveis de causar danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos⁶. Define o fenômeno do *bullying* no trabalho como maus-tratos repetidos, ameaças, humilhação ou intimidação, sabotagem laboral ou abuso verbal⁵.

O *bullying* no trabalho caracteriza-se por ações repetidas, dirigidas contra um ou mais trabalhadores, indesejadas pela vítima, realizadas de forma deliberada, que causam humilhação, constrangimento, hostilidade, ofensa e angústia e, conseqüentemente, originam um ambiente de trabalho desagradável^{4,7}. Para outros autores corresponde a uma exposição a atos negativos de forma repetida (pelos menos uma vez por semana) e ao longo de, no mínimo, de seis meses⁸. Este comportamento negativo ofende a dignidade e a integridade do trabalhador e desestabilizam a relação com o processo de trabalho⁹.

Os comportamentos ou atos ofensivos são fundamentalmente de âmbito psicológico. Hirigoyen apresenta alguns exemplos: violência verbal, injúrias, circulação de boatos, retirar autonomia à vítima, não lhe facultar informações, contestar todas as suas decisões, criticar o seu trabalho injustamente, não lhe entregar o trabalho habitual, entregar-lhe constantemente novas tarefas, atribuir-lhe tarefas inferiores às suas competências, encarregá-la deliberadamente de tarefas impossíveis e os superiores hierárquicos e os colegas não lhe falarem¹⁰.

Tal como já referido anteriormente, o *bullying* no trabalho é um problema real e a sua incidência continuamente investigada, apesar de não

se conhecer o tamanho real do fenômeno devido à subnotificação¹¹. É presumível encontrá-lo em vários ambientes laborais, nomeadamente no setor da saúde¹².

A conjuntura dos cuidados de saúde pode gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência¹³. Nesse contexto, a literatura alerta para o trabalho por turnos; a escassez de recursos humanos; os objetivos institucionais; as hierarquias muito rígidas; a exposição a agentes biológicos e químicos e, a presença de stress laboral^{14,15}. Dados portugueses apontam para que cerca de 50% dos profissionais de saúde já sofreu pelo menos um episódio de violência física ou *bullying* em contexto laboral¹³.

Diferentes investigadores têm construído instrumentos que permitem a identificação da prevalência e tipos de comportamentos de *bullying*, os quais podem ser aplicados em diferentes contextos, nomeadamente o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* e o *Negative Acts Questionnaire*, sendo este último um dos mais utilizados, nomeadamente por grupos de pesquisa em Portugal, Espanha e Brasil^{2,4,16}.

O *Negative Acts Questionnaire Revised* adaptado para a população portuguesa¹⁷ possibilita a identificação da prevalência destes comportamentos negativos de acordo com três critérios^{18,19}:

- 1) Quando o participante se situa em pelo menos um dos 22 itens no valor quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente);
- 2) Quando o participante se autorrotula como vítima de *bullying* através do item 23, situando-se na resposta três (sim, de vez em quando), quatro (sim, várias vezes por semana) ou cinco (sim, quase todos os dias);
- 3) Quando participante deu resposta positiva, simultaneamente, no primeiro e segundo critérios.

Estudos que envolveram enfermeiros portugueses utilizando o NA-Q-R demonstram a prevalência deste fenómeno entre os participantes,

por exemplo, Sá²⁰ num estudo pioneiro com 416 enfermeiros provenientes das áreas da oncologia, da saúde mental e da psiquiatria de um hospital geral e enfermeiros de cursos de especialização em enfermagem, verificou uma prevalência de 21,2%, 8,4% e 4,1%, aplicando respetivamente os critérios 1, 2 e 3 do NAQ-R e Borges¹⁹ num estudo com 151 enfermeiros de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, encontrou uma prevalência de 26,4%, 9,4% e 5,9%, respetivamente. Também em 2016, um estudo, envolvendo enfermeiros Açorianos, com prevalências de *bullying* entre os participantes de 22%, 9,2% e 6,9% segundo os mesmos critérios do NAQ-R²¹. Numa investigação com enfermeiros de Portugal Continental e Enfermeiros da região Autónoma dos Açores os resultados evidenciaram uma prevalência de *bullying* de 28,2 %, 11,8% e 8,6%²². Mais recentemente um estudo com enfermeiros gestores, do Norte de Portugal, permitiu identificar a prevalência de *bullying* nos Enfermeiros gestores estudados, 28,6 % no 1º critério, 11,1% no 2º critério e, 7,9 % no 3º critério¹⁶. A tabela 1 apresenta e compara os resultados encontrados nos estudos anteriormente mencionados.

Tabela 1. Comparação entre a prevalência de *bullying* em pesquisas realizadas em Portugal segundo os três critérios do NAQ-R

Critérios NAQ-R	Sá (2008)	Borges (2012)	Maio (2016)	Borges et al. (2018)	Castro (2022)
Critério 1	21,2 %	26,4 %	22%	28,2%	28,6%
Critério 2	8,4 %	9,4%	9,2%	11,8%	11,1%
Critério 3	4,1 %	5,9%	6,9%	8,6%	7,9%

Etiologia do *bullying*

A etiologia do fenómeno do *bullying* no trabalho é multifatorial. Fatores culturais, sociais, económicos, organizacionais, ambientais e individuais desempenham um papel transversal, podendo conduzir ao aparecimento de *bullying*¹³.

Embora as características pessoais desempenhem um papel importante, o *bullying* no trabalho é principalmente facilitado pelo ambiente do trabalho e por fatores organizacionais^{23,24}. Assim, são fatores potenciadores de um clima propício à ocorrência de *bullying* o estilo de liderança (autocrática ou arbitrária), a cultura organizacional (por exemplo, culturas onde o consumo álcool é tolerado), as mudanças organizacionais, a justiça organizacional (por exemplo, aplicação inconsistente de políticas), a organização do trabalho, o conflito e a ambiguidade de papéis, a sobrecarga de trabalho, o *déficit* de recursos humanos e oportunidade de participação, o abuso do poder, o incentivo da competitividade agressiva entre colegas, a precariedade laboral, o trabalho por turnos, a exposição a eventos traumáticos e a clientes agressivos e ansiosos (por exemplo, os profissionais de saúde e as forças policiais), a deficiente comunicação e a deficiente gestão de conflitos, o ambiente de trabalho onde existe crítica constante e gestores com competências reduzidas²³. Entre as causas organizacionais de *bullying* no trabalho, destacam-se, também, os riscos psicossociais⁵.

Fatores pessoais como o sexo, a idade, o tempo de exercício no serviço, o nível de qualificação e o tipo de ocupação laboral associam-se ao fenómeno do *bullying* no trabalho¹⁵. Igualmente, indivíduos com problemas na infância, uso de substâncias como o álcool e drogas, saúde mental comprometida, trabalhadores com níveis de satisfação no trabalho diminuída são mais propensos a fenómenos de *bullying*²³.

Usualmente, o *bullying* no trabalho atinge pessoas de um determinado perfil. Nomeadamente, trabalhadores com virtudes pessoais e profissionais, com valores éticos, que se sacrificam pelos outros, que gostam do seu trabalho, com elevado sentido de responsabilidade, de perfeição e capacidade de resistência, pessoas empáticas e autênticas, com estilo não confrontativo e com aparência de ingenuidade, sendo muitas vezes populares entre os diversos membros da organização²⁵. A Organização Internacional do Trabalho defende ainda que os trabalhadores mais jo-

vens assim como, trabalhadoras do sexo feminino têm risco acrescido de exposição à violência e *bullying*⁵.

Diferentes estudos apontam como preditores mais comuns de *bullying* no trabalho entre os profissionais de saúde: a idade (mais jovens), o sexo (feminino), tempo de exercício (menos de 5 anos), o trabalho em horas extras, o nível de qualificação, o local de trabalho (maior incidência em Unidades de Cuidados Intensivos), a hierarquia (vítima num plano inferior)^{15,26,27}.

Consequências do *bullying*

O *bullying* no trabalho está associado a um conjunto de eventos negativos que se podem manifestar a nível individual, organizacional, social, econômico e na qualidade dos cuidados prestados^{4,28,29}.

As consequências no bem-estar físico e na saúde mental dos trabalhadores prejudica, não apenas os alvos imediatos, mas todas as pessoas e organizações envolvidas, por exemplo, colegas de trabalho, pessoas amigas, familiares, pacientes e clientes. Tanto as organizações, como as empresas e os trabalhadores, assim como as economias nacionais e internacionais evidenciam impacto, podendo este ser de caráter econômico, imagem, prestígio e redução da produtividade^{5,25}.

Na dimensão organizacional, social e económica, o *bullying* favorece ambientes de trabalho hostis, com mau ambiente, favorece a mobilidade laboral, a falta de compromisso com a organização e a insatisfação no trabalho. Promove problemas relacionais com familiares e com colegas de trabalho e está ligado ao absentismo e à diminuição de produtividade^{14,26}.

Considerações finais

Reconhecido como problema global, de saúde pública, com impacto na saúde e bem-estar dos trabalhadores, comunidade e sociedade, a pre-

venção do *bullying* no trabalho deve ser abordada como parte de uma estratégia global, asseverando tolerância zero para a violência no local de trabalho. O reconhecimento da etiologia e das consequências pode promover medidas mais assertivas para enfrentamento e abordagem do fenômeno. Urge a necessidade de consciencialização de todos os intervenientes no processo, no sentido de serem implementadas estratégias promotoras de saúde no trabalho, que minimizem a ocorrência deste tipo de comportamentos.

Palavras-chave: Bullying; Enfermeiros; Gestão de pessoas; Hospital.

Referências

- 1 Matthiesen S, Raknes B, Rokkum O. Mobbing på arbeidsplassen (Workplace bullying). Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 1989; 26: 761-774.
- 2 Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence and Victims [internet]. 1990 [cited 10 apr 23]; 5(2):119-126. Available from: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.5.2.119>.
- 3 Goh HS, Hosier S, Zhang H. Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses-A summary of reviews. International Journal of Environmental Research and Public Health [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(14): 8256. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>.
- 4 Borges E, Queirós C. Cargas psíquicas: A influência do bullying e *burnout* na saúde dos trabalhadores. In: Pires DE, Trindade LL. Cargas de trabalho: um referencial para compreender a relação entre saúde e trabalho. Editora Moriá; 2022.
- 5 Organização Internacional do Trabalho. Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio [internet]. 2021. [cited 10 apr 23]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_783092.pdf.
- 6 Organização Internacional do Trabalho. Violência e assédio no mundo do trabalho: Um guia sobre a Convenção n.º 190 e a Recomendação n.º 206 Escritório Internacional do Trabalho [Internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/>

public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_832010.pdf.

7 Trindade LL, Schoeninger MD, Borges EM, Bordignon M, Bauermann K, et al. Assédio moral entre trabalhadores brasileiros da atenção primária e hospitalar em saúde. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];35(eAPE039015):1-8. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO015134>.

8 Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice*. 2ª ed. Boca Raton: CRC Press; 2011.

9 Schoeninger M, Trindade L, Borges E, Arcaro L, Zocche D, et al. *Guia de assédio moral no trabalho - Instrumentalização dos profissionais de saúde frente ao fenômeno*. Chapecó; 2021.

10 Hirigoyen, M. *O assédio no trabalho: Como distinguir a verdade*. Editora Pergaminho; 2002.

11 Salvador JT, Alqahtani FM, Al-Madani MM, Jarrar MK, Dorgham SR, et al. Workplace violence among registered nurses in Saudi Arabia: A qualitative study. *Nursing Open* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 8(2):766-75. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.679>.

12 Rajabi F, Jahangiri M, Bagherifard F, Banaee S, Farhadi P. Strategies for controlling violence against health care workers: Application of fuzzy analytical hierarchy process and fuzzy additive ratio assessment. *Journal of Nursing Management* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 28(4):777-86. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12989>.

13 Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. Plano de ação para prevenção da violência da saúde*. Lisboa: DGS [internet]. 2020. [cited 28 dez 22]. Available from: <https://>

www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf.

14 Reknes I, Visockaite G, Liefhoghe A, Lovakov A, Einarsen SV. Locus of control moderates the relationship between exposure to bullying behaviors and psychological strain. *Front. Psychol* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];10:13-23. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00044>.

15 Serafin LI, Czarkowska-Pączek B. Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey. *BMJ Open* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 9(12):e033819. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033819>.

16 Castro G. Bullying e *Burnout*: estudo com enfermeiros gestores [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43413>.

17 Borges E, Ferreira T. Bullying no trabalho: adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em Enfermeiros. *Rev Port Enferm de Saúde Ment* . 2015; (13):25-33.

18 Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress* [internet]. 2009 [cited 10 apr 23]; 23(1):24-44. Available from: <https://doi.org/10.1080/02678370902815673>.

19 Borges E. Qualidade de vida relacionada com o trabalho: Stresse e violência psicológica nos enfermeiros [tese]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/18553>.

20 Sá L. O assédio moral e o *burnout* na saúde mental dos enfermeiros [tese]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];18(14):7228. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/7223>.

21 Maio T. Bullying e Engagement em Enfermeiros [dissertação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2016 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17531/1/T%C3%A9rcio%20Maio.pdf>.

22 Borges E, Abreu M, Queirós C, Maio T, Teixeira A. Bullying em enfermeiros: estudo comparativo Portugal continental e Açores. Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde; 2018.

23 Karatuna I, Jonsson S, Muhonen T. Workplace bullying in the nursing profession: a cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 111:1-35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>.

24 Nielsen MB, Einarsen SV. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and Violent Behavior* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 42:71-83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>.

25 Al-Ghabeesh SH, Qattom H. Workplace bullying and its preventive measures and productivity among emergency department nurses. *BMC Health Services Research*[internet]. 2019[cited 10 apr 23];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4268-x>.

26 León-Pérez J, Sanchez-Iglesias I, Rodríguez-Munoz A, Notelaers G. Cutoff scores for workplace bullying: The Spanish Short-Negative Acts Questionnaire (S-NAQ). *Psicothema* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 31:482-90. Available from: <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.137>.

27 Bambi S, Guazzini A, Piredda M, Lucchini A, Marinis M, Get al. Negative interactions among nurses: An explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. *J Nurs Manag* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 27(4):749-57. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12738>.

28 Hartin P, Birks M, Lindsay D. Bullying and the nursing profession in Australia: An integrative review of the literature. *Collegian* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 25(6):613-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.004>.

29 Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, et al. An Integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and workplace violence. *Nurs Adm Q* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 43(2):138-56. Available from: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000338>.

CAPÍTULO 11

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

*Daiane Dal Pai¹, Cibele Santos², Letícia de Lima Trindade³,
Juliana Petri Tavares⁴, Maiara Daís Schoeninger⁵*

Introdução

Os serviços de saúde nem sempre são ambientes seguros como se gostaria, tanto para o paciente quanto para o trabalhador¹. A segurança do trabalhador e a segurança do paciente devem ser considerados fenômenos interligados, sendo a violência no trabalho em saúde uma das dimensões intervenientes desta relação².

A violência em ambientes de cuidado de saúde tem se tornado uma preocupação mundial, independentemente das características econômi-

¹ Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
E-mail: daiane.dalpai@gmail.com *ORCID:* 0000-0002-6761-0415

² Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E
E-mail: enf.cibelesantos@gmail.com *ORCID:* 000-0002-2209-7865

³ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* letrindade@hotmail.com *ORCID:*0000-0002-7119-0230

⁴ Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
E-mail: jupetritavares@gmail.com *ORCID:* 0000-0003-4121-645X

⁵ Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* maia_schoeninger@hotmail.com *ORCID:*0000-0002-0095-1485

cas e culturais de cada país. Por representar um problema de saúde pública, a violência ocupacional tem sido foco de estudos na comunidade científica em todo o mundo³. Além disso, independente da causa, a violência sofrida pelos profissionais no campo da saúde tem grande potencial para prejudicar a segurança dos processos de atendimento ao paciente³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁴. Já a Cultura de Segurança é definida como o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança⁵.

Nesse contexto a violência emerge como elemento potencializador das fragilidades. Ambientes que cultivam interações violentas não fomentam a comunicação efetiva e o trabalho coletivo comprometendo a segurança dos pacientes. Assim, relatamos achados de um estudo que teve com objetivo de analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região Sul do Brasil.

Método

Estudo multicêntrico, de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Na primeira etapa fez-se uma pesquisa de abordagem quantitativa transversal e na segunda, a pesquisa é classificada como exploratória e descritiva.

O campo de estudo consistiu em dois hospitais do Sul do país. O Hospital A é um hospital universitário, localizado no Estado do Rio Grande do Sul e o Hospital B é um hospital de ensino, localizado no Estado de Santa Catarina.

Como critérios de inclusão utilizou-se: ser enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, em atividade nos hospitais há mais de 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por licença ou em férias no período da coleta dos dados. Para primeira etapa do estudo, a amostra probabilística foi definida em 391 participantes do Hospital A, que possuía uma população de 2.092 trabalhadores de enfermagem; e 198 participantes do Hospital B, com 532 trabalhadores. O cálculo amostral considerou 95% de confiança, erro de 5% e assumiu prevalência de 50%, sendo realizado com auxílio do WINPEPI versão 11.32. Os participantes foram selecionados por sorteio, estratificado por setores e pelas categorias profissionais, com base na listagem de trabalhadores ativos no período da coleta de dados, buscando contemplar proporcionalmente os trabalhadores das diversas áreas dos dois hospitais.

Utilizou-se o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, utilizado para avaliar a violência no trabalho em saúde, incluindo a física e a psicológica (agressão verbal, moral, sexual ou racial), nos últimos 12 meses, bem como perpetrados e consequências, mediante escalas tipo likert.

Para avaliação da cultura de segurança do paciente foi utilizado o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*. Este instrumento avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiverem 75% das respostas negativas. As “áreas frágeis da segurança do paciente” são aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas. Das dimensões, três são relacionadas ao hospital, sete à unidade de trabalho dentro do hospital e duas, medidas de resultado⁵.

A partir da análise dos dados quantitativos, foram identificados os trabalhadores que sofreram violência e, dentre estes, foram seleciona-

dos intencionalmente os trabalhadores que se mostraram dispostos a relatar suas experiências e seus sentimentos sobre o ocorrido. O número de participantes desta etapa (n=33) foi definido por saturação das informações, os quais responderam à entrevista semiestruturada gravada em áudio.

A coleta de dados foi realizada de 2015 a 2017 nos cenários de trabalho dos participantes, pela equipe de pesquisadores envolvida no estudo multicêntrico e foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa (nº 32263014.5.0000.5327), atendendo a todas as prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados quantitativos passaram por análise estatística descritiva e inferencial, com auxílio do *software* SPSS e os qualitativos foram submetido a análise do tipo temática, assim realizou-se a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e as interpretações, sendo apresentados nesse manuscritos a categoria “Repercussões da violência para o cuidado”, sustentada por três subcategorias “distanciamento interpessoal do perpetrador”, “desmotivação no ambiente profissional” e “potencialidades para falhas na assistência”.

Por fim, realizou-se a interpretação dos achados da etapa quantitativa e qualitativa, dissonância e consonância, confrontando-se os resultados de ambas as abordagens.

Resultados

A amostra (n= 589) foi composta em sua maioria por mulheres (83,3%), com média de idade de 44 anos ($\pm 9,5$), com companheiro (67,1%), de etnia branca (79%), não fumantes (93,2%) e que não fazem uso de bebida alcoólica nenhum dia da semana (65,9%). A maioria não faz uso de medicação de uso contínuo (55,9%), não possui algum tipo de doença crônica (69,2%) e registrou uma média de seis horas de sono por dia ($\pm 1,4$).

A distribuição dos profissionais quanto à categoria profissional foi em sua maioria constituída por técnicos e auxiliares de enfermagem (74,5%), com experiência profissional média de 15 anos ($\pm 9,2$), que trabalhavam no turno diurno (65,1%), com mediana de 36 horas de carga horária semanal (IIQ: 36 – 42), em atuação com uma mediana de oito profissionais em seu setor/unidade (IIQ: 4 – 12), sem cargo de chefia (91%), com contato físico frequente com seus pacientes (91,2%) e sem duplo vínculo (86,9%).

Encontrou-se que 51,8% (n=305) dos trabalhadores de enfermagem sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Foi verificada prevalência de 11,5% (n=68) de violência física. No que tange a violência psicológica, 40,8% (n=240) sofreu violência verbal, 21,1% (n=124) assédio moral, 2,7% (n=16) assédio sexual e 2,9% (n=17) de discriminação racial. Pacientes e acompanhantes somaram os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho (97,1% dos casos de violência física, 40,9% dos casos de agressão verbal, 56,3% dos casos de assédio sexual e 50,1% dos casos de discriminação racial), exceto para o assédio moral, o qual perpetrador de maior percentual foi chefia (36,6%) e colegas (33%).

Na análise das 12 dimensões sobre a percepção da cultura de segurança do paciente, apenas uma, “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (75%), foi considerada forte para segurança do paciente e quatro, áreas frágeis: “trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%), “adequação de profissionais” (37,8%) e “respostas não punitivas aos erros” (23,6%). As demais, obtiveram índices entre 51 e 74% de respostas positivas (respostas neutras): “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” (68,4%), “retorno da informação e retorno sobre o erro” (62%), “frequência do relato de eventos” (61,3%), “trabalho em equipe dentro da unidade” (60,7%) e “apoio da gestão para segurança do paciente” (60,7%). Quatro dimensões foram consideradas como áreas

frágeis para cultura de segurança do paciente: “trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%), “adequação de profissionais” (37,8%) e “respostas não punitivas aos erros” (23,6%).

Para a distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência no trabalho, segundo as 12 dimensões avaliadas para a cultura de segurança do paciente, pode-se constatar que quem não sofreu violência teve média de respostas positivas maior nas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo estatisticamente significativas as dimensões: “trabalho em equipe” ($p < 0,001$), “expectativa sobre o líder” ($p < 0,001$), “aprendizado organizacional” ($p = 0,009$), “apoio da gestão” ($p < 0,001$), “percepção geral da segurança” ($p = 0,000$), “retorno da informação” ($p = 0,001$), “abertura da comunicação” ($p = 0,001$), “frequência do relato de eventos” ($p = 0,006$), “trabalho em equipe entre as unidades do hospital” ($p = 0,010$), “adequação de profissionais” ($p = 0,020$) e “passagem de plantão” ($p = 0,001$).

Cada uma das 12 dimensões da percepção da cultura de segurança do paciente foi submetida a análise de regressão múltipla verificar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a percepção de cultura de segurança do paciente:

Tabela 1 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para as dimensões relacionadas a organização hospitalar (n=589). Brasil, 2015-2017

Variáveis	B	P	r ²
<i>Apoio da gestão</i>			0,159
Tabagismo	-20,407	0,001	
Sofreu algum tipo de violência	-6,503	0,038	
Idade	0,520	0,002	
Carga horária semanal	-1,071	0,014	
Satisfação com o local de trabalho	9,192	<0,001	
Reconhecimento no trabalho	3,910	0,021	
<i>Trabalho em equipe entre as unidades do hospital</i>			0,57
Sofreu algum tipo de violência	-4,873		0,083
Horas de sono	1,760		0,073
Reconhecimento no trabalho	4,818		<0,001
Relacionamento no trabalho	3,360		0,038
<i>Passagem de plantão e/ou turnos</i>			0,064
Doenças Crônicas			0,049-5,907
Turno			0,030-6,347
Sofreu algum tipo de violência			0,005-8,036
Satisfação com o local de trabalho			0,0025,328

Legenda: B – Coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação.

Diante dos achados quantitativos apresentados, é possível articular esses achados a subcategoria “distanciamento interpessoal do perpetrador”, segundo a percepção dos entrevistados.

[...] dependendo do profissional médico a gente não vai ter tanta liberdade de chegar, se aproximar pra ele e pedir algumas coisas, então com

isso vai acarretar na assistência prestada para o paciente. O que poderia ser resolvido em poucos dias, vai se prolongar por essa falta de informação, e dependendo, se for o familiar também vai ter essa restrição, vai ser uma coisa mais afastada, isolada, fazer a sua parte e deu... (E24).

Os achados remetem também relação com a subcategoria “desmotivação no ambiente profissional”, segundo a percepção dos entrevistados.

[...] não tinha mais aquele cuidado, eu não tinha mais vontade, mais ânimo de conversar com eles, essa que era a verdade. Eu chegava nos quartos e fazia a coisa no piloto automático, realmente mudou muito aquele amor, aquela vontade que tu tem de fazer a diferença, porque mais que tu fazia nunca estava bom, então repercutia muito. Foi bem difícil, porque quando tu tem um ambiente de trabalho leve, com a equipe leve, que tu vê que é uma equipe, tu vê às coisas de uma outra perspectiva, agora tu pensa assim, tu faz e a tua chefia só te desmorona, os teus colega só tentam te puxar o tapete... (E6).

Por fim, a partir das falas dos entrevistados, articulou-se aos resultados dos dados quantitativos à subcategoria “potencialidades para falhas na assistência”.

[...] eu acho que interfere sim, às vezes até para vir trabalhar, tua cabeça não tá focada e tu até acaba deixando passar certas coisas que são referentes ao cuidado (E16).

[...] dificuldade de raciocínio lógico, porque se você é a líder daquele grupo, você vai ter que gerenciar essas situações, psicologicamente abala bastante, tem que encontrar medidas e soluções, muitas vezes a própria líder do grupo vai precisar ajuda extra de algum outro colega, ela não vai dar conta sozinha, ela vai precisar que algum outro colega diferente entre naquele quarto e atenda aquele paciente, porque ela não vai ter mais condição naquele momento (E21).

[...] E no dia que aconteceu, eu nem queria e nem conseguia mais nem ver minhas anotações, eu fiquei atordoada coisa assim que não tem como explicar... (E27)

Discussão

A violência psicológica foi o tipo de violência com maior prevalência no presente estudo, dado que corrobora com outras investigações^{3,6}. Essa predominância na autoria do abuso verbal pode influenciar na retribuição simbólica do reconhecimento da competência do trabalhador pelos colegas de trabalho, chefes e supervisores.

Na análise geral sobre a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente, apenas uma dimensão foi considerada fortalecida e quatro dimensões foram consideradas como áreas frágeis. Estudo realizado com 215 profissionais do Rio Grande do Norte, analisou a percepção da cultura de segurança do paciente, em três hospitais com diferentes tipos de gestão, demonstrou que os resultados estão em consonância, reforçam que “Respostas não punitivas aos erros”, “Adequação de profissionais”, “Passagem de plantão ou turno e transferências” e “Trabalho em equipe entre as unidades” são áreas de destaque para ações de melhoria da cultura de segurança do paciente⁷.

A violência no local de trabalho afeta os profissionais na sua capacidade de tomar decisões e desempenhar suas tarefas cotidianas^{2,3}. Também reduz o comprometimento com as boas práticas de cuidados e prejudica a confiança em suas próprias capacidades profissionais e leva a um aumento de erros⁸. Ainda é possível afirmar que a violência contribui para uma queda na qualidade e eficiência de todo sistema de saúde⁸.

Nas falas que emergiram na categoria “repercussões da violência para o cuidado” destaca-se distanciamento relatado dos profissionais com os seus pacientes após a vivência da violência. Estudos identificaram que, trabalhadores que foram agredidos fisicamente pelo usuário do serviço de saúde, interpretam e atribuem significados à relação estabelecida com o paciente atendido e, como consequência, esses profissionais desenvolveram mecanismos de defesa como o distanciamento afetivo do labor e com implicações no acesso aos serviços^{6,9}.

Os achados fazem refletir sobre o impacto do tipo de contrato e do tempo de serviço prestado da equipe de enfermagem nas suas atitudes em relação à comunicação, inteligência emocional e empatia, estes aspectos parecem ter uma relação estabelecida, quando positivo influenciam nas habilidades emocionais adquiridas no relacionamento paciente-enfermeiro^{2,10}.

Estudo brasileiro, sobre violência e seus fatores relacionados, tem como resultado que o relacionamento interpessoal ruim no trabalho associado significativamente à violência física⁸.

Também o reconhecimento do trabalho é crucial para a construção e estabilidade identitária e mental das pessoas, bem como para a saúde e prazer no trabalho. A falta de reconhecimento, manifestada pela falta de respeito e abuso verbal, além de sofrimento, desencadeia os processos de despersonalização e adoecimento dos trabalhadores^{3,6}

Satisfação no trabalho está negativamente relacionada ao vínculo¹¹. Profissionais de saúde mais satisfeitos têm pacientes mais satisfeitos e baixa satisfação está associada a maiores taxas de atrito no local de trabalho¹¹, como também pode ser verificado na Tabela 4, satisfação no trabalho, como variável de maior influência para percepção de segurança do paciente e não ter sofrido violência no local de trabalho. Quando a violência e a baixa satisfação no trabalho interagem, seus efeitos negativos se acumulam rapidamente e dão origem a um ciclo vicioso³.

Conclusão

O estudo evidenciou relação entre violência no trabalho da enfermagem e cultura de segurança do paciente. Ainda, alta prevalência de violência laboral, sendo a maioria psicológica. Pacientes e acompanhantes somam os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho, exceto, para o assédio moral.

A percepção da cultura de segurança é influenciada diretamente pela experiência de violência no local de trabalho, podendo-se concluir que esta é um fenômeno capaz de desencadear diversas situações negativas ao local de trabalho, ambientes de trabalho violentos podem resultar em uma percepção fragilizada de cultura.

Sugere-se então, a realização de estudo futuro com abordagem longitudinal para acompanhamento dos efeitos da violência para a segurança do paciente.

Ações de prevenção da violência no espaço laboral são imperativas, assim como, fornecer treinamento à equipe para melhorar as habilidades de comunicação e adotar estratégias de resolução de conflitos, acompanhados de esforços para implementação de um ambiente de prática segura e livre de danos, no qual a população seja a principal beneficiada, obtendo serviços de saúde mais qualificados.

Palavras-Chave: Violência; Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Gestão de Segurança; Segurança do Paciente; Cultura.

Referências

- 1 Yang BX, Stone T, Petrini M, Morris D. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];32(3):31-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>.
- 2 Dal Pai D, Sturbelle IC, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto contexto – enferm* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];27(1):e2420016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.
- 3 Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];76 (12):927-37. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- 4 World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is a safer care. Geneva [internet]. 2009 [cited 10 apr 23]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=0DA347A1B6FC956D311EB6AE50C42841?sequence=1.
- 5 Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. MD: AHRQ, Rockville [internet]. 2004 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
- 6 Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, et al. Workplace violence in family health units: a study of mixed methods. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr

23];32(6): 632-641. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

7 Andrade LE, Lopes JM, Souza MC, Vieira RF, Farias LPC, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 23(1):161-172. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.

8 Tsukamoto SA, Galdino MJ, Carmo RC, Ribeiro RP, Soares MH. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 32(4):425-432. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>.

9 Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CL, Ribeiro OMP, et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];75(4):e20210765. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.

10 Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ, Valero-Moreno S. Efeito dos aspectos trabalhistas na comunicação, inteligência emocional e empatia em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];27(1):e3118. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3118>.

11 Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, Cordova F. Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *Biomed Res Int* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];28(1):e5430870. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275976/>.

CAPÍTULO 12

VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO

Maiara Daís Schoeninger¹, Grasielle Fátima Busnello², Kaciane Boff Bauermann³, Elisabete Borges⁴, Leticia de Lima Trindade⁵

Introdução

A violência no trabalho não é um fenômeno recente¹ e nos serviços de saúde é considerada um grande risco ocupacional². A Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreve a violência laboral como uma série de comportamentos e práticas inaceitáveis, que ocorrem de modo repetido ou não, ameaçando o trabalhador, podendo resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos³.

Um estudo realizado no ano de 2019 mostrou que 61,9% dos profissionais atuantes nos serviços de saúde foram expostos à violência físi-

¹Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com, ORCID:0000-0002-0095-1485

²Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: grasibusnello@gmail.com ORCID: 0000-0002-2027-0089.

³Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: kacianebb@hotmail.com ORCID:0000-0003-1897-1203.

⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). E-mail: elisabete@esenf.pt ORCID:0000-0002-6478-1008.

⁵Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC e Unochapecó. E-mail: letrindade@hotmail.com, ORCID:0000-0002-7119-0230

ca e psicológica em seu ambiente de trabalho⁴. Entretanto, a violência notificada é apenas a ponta do iceberg, sendo a totalidade dos casos de difícil identificação⁵. As consequências negativas deste fenômeno complexo impactam diretamente na saúde dos indivíduos, no bem estar dos colegas que testemunham o evento, na família, nas instituições, na sociedade e na assistência prestada aos usuários⁶, que quando insatisfeitos, podem reproduzir a violência^{2,4,7}.

Diante disso, é fundamental admitir que a violência não é um fenômeno natural e inevitável, reconhecendo-a como um problema grave de saúde pública, que pode e deve ser prevenir⁸, requerendo ações institucionais para seu manejo. Neste sentido, emergem as estratégias educativas de sensibilização e de visibilidade do fenômeno, as quais podem se tornar uma tecnologia social, capazes de transformar a realidade dos serviços de saúde, proporcionando informação, empoderamento, reflexão e sensibilização acerca da violência.

Objetivo

Relatar a experiência do desenvolvimento de estratégias de prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma das etapas de um estudo de método misto e multifásico, intitulado “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)”, conduzido por pesquisadores do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina, o qual contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC). A Pesquisa seguiu todos os cuidados éticos preconizados (Pareceres de nº 713.728/2014; nº 2.835.706 2018; nº 3.414.195 2019).

A pesquisa de campo contou com uma etapa quantitativa realizada com 647 trabalhadores dos serviços de saúde de 23 municípios da região Oeste e Extremo Oeste de Santa Catarina (Brasil) e uma etapa qualitativa, na qual profissionais participantes da primeira etapa responderam a uma entrevista sobre o fenômeno da violência, seu enfrentamento e implicações na assistência. Ambas as etapas serviram para o diagnóstico situacional e para a notoriedade da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da violência, sendo nesse momento idealizada pela equipe uma campanha publicitária.

A campanha foi desenvolvida com base no referencial teórico de Marketing e Administração⁹, e seguiu, os três passos de desenvolvimento da estratégia de mensagem, sendo: 1- Criação e avaliação da mensagem; 2 - Desenvolvimento criativo e execução e 3 - Revisão da responsabilidade Social. Na sequência, utilizando o mesmo referencial teórico¹⁰, foram realizadas oito etapas para uma comunicação eficaz, descritas como: 1 - Identificar Público-Alvo; 2 – Determinar os Objetivos; 3 – Planejar as comunicações; 4 – Selecionar os canais de comunicação; 5 – Determinar o orçamento; 6 – Escolher o *mix* de mídias; 7 – Mensurar os resultados; e 8 – Gerenciar o processo integrado de comunicação e marketing.

Todos os materiais foram desenvolvidos por meio de um roteiro prévio e estruturados pelos achados da macropesquisa. Os elementos centrais incluíram: conceitos da violência, perfil dos perpetradores, formas de prevenção e enfrentamento, desenvolvimento de fluxograma e cartilha informativa. Todas as estratégias objetivaram provocar reflexões e sensibilização acerca da Cultura de Paz.

Resultados

As ações da campanha foram iniciadas no dia 18 de dezembro, pela Enfermeira e Doutora, Letícia de Lima Trindade. A palestra foi reali-

zada em parceria com a Plataforma Telessaúde – Santa Catarina e está disponível para acesso no link: <https://www.youtube.com/watch?v=F-qBvdA1jPIw&t=124s>.

Figura 1 – Webpalestra – Violência no Trabalho.



Fonte: Banco de dados das Autoras.

Na sequência, foram gravados cinco *podcast* relacionados à violência no trabalho em saúde, além do desenvolvimento da logomarca de divulgação desses materiais, intitulada como “FronteiraCast Saúde”. Este material se encontra disponível no link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/podcasts> e serviu para alcance rápido dos profissionais mediante envio dos episódios via celulares.

Figura 2 - Logomarca FronteiraCast Saúde.



Fonte: Banco de dados das Autoras.

Para os serviços participantes foram desenvolvidos um banner e dois flyers para serem expostos nas salas de reuniões e de espera dos serviços de saúde, conforme figura 3, 4 e 5. Essas ferramentas foram idealizadas para uso das equipes no debate do tema e para visualização de estratégias possíveis de manejo individual, coletivo e institucional dos episódios de violência.

Figura 3 - Banner para Sala de Reuniões.



Fonte: Banco de dados dos Autores

Figura 4 - Flyer para sala de Espera - Profissionais



Figura 5 - Flyer para sala de Espera - Usuários



Fonte: Banco de dados das Autoras.

Ainda, foram desenvolvidos cinco vídeos para divulgação nas redes sociais, bem como, para utilização nas salas de espera dos serviços de saúde. O conteúdo dos vídeos aborda os conceitos de violência, formas de prevenção e enfrentamento e ênfase na cultura de paz. Os materiais estão disponíveis para visualização e *downloads* por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/videos>.

Figura 6 - Vídeo - Campanha de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra os Profissionais nos Serviços de Saúde



Fonte: Banco de dados das Autoras.

Ainda como forma de maior interação com o público-alvo, foi realizada, uma Live intitulada como: “Vamos Conversar Sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?”. O diálogo contou com a experiência de duas pesquisadoras, Elisabete Borges e Daiane Dal Pai, da área de saúde do trabalhador e está disponível no seguinte link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=bcH__Lldl04.

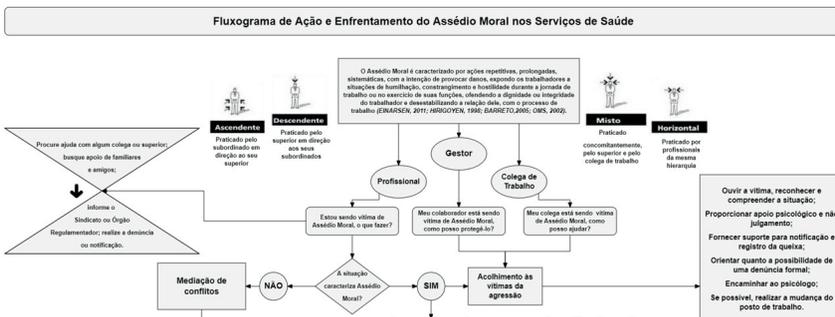
Figura 7 - Live - Vamos Conversar sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?



Fonte: Banco de dados das Autoras.

A pesquisa de campo evidenciou ausência de materiais instrucionais de manejo da violência. Deste modo, foi desenvolvido um Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde, conforme figura 8. Esta ferramenta está disponível por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/fluxogramas> nas versões Português e Inglês e na legislação Brasileira e Estrangeira, podendo ser adaptada de acordo com cada país.

Figura 8 – Etapas iniciais do Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral



Fonte: Banco de dados das Autoras.

*O fluxograma completo está disponível no link acima.

Visto que o assédio moral nos serviços de saúde é um fenômeno complexo, desenvolveu-se ainda um Guia Complementar ao Fluxograma, intitulado como: “Assédio moral no Trabalho, e agora? Instrumentaliza (ação) dos profissionais dos serviços de saúde frente ao fenômeno”, disponível no link: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/3761/Guia_Ass_dio_Moral__vers_o_final___registro_16262614082793_3761.pdf, conforme figura 9.

Figura 9 – Guia Complementar: Assédio Moral no Trabalho, e agora?



Sumário	
Pg. 8	Conceito, tipos e situações que caracterizam ou não o Assédio Moral
Pg. 18	Acolhimento à Vitima
Pg. 20	Primeiros passos para o Enfrentamento
Pg. 22	Mediação de Conflitos
Pg. 24	Comunicação Não-Violenta e Comunicação Assertiva
Pg. 27	Ouvidoria
Pg. 29	Por que devemos denunciar o Assédio Moral?
Pg. 31	Estratégias de Enfrentamento Individuais, Coletivas e Organizacionais
Pg. 37	Aspectos Jurídicos (esfera Criminal, Administrativa, Civil e Trabalhista)
Pg. 46	Níveis de Prevenção do Assédio Moral (Primária, Secundária e Terciária)
Pg. 48	Considerações Finais
Pg. 50	Referências

Mas afinal, o que é o Assédio Moral?
A violência no trabalho tem representando um risco

Fonte: Banco de dados das Autoras.

Todos os materiais estão disponíveis para amplo acesso e divulgação, conforme figura 10, por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>.

Figura 10 – Página Oficial da Campanha de Prevenção e Enfrentamento da Violência nos Serviços de Saúde



Fonte: Banco de dados das Autoras

A campanha ocorreu entre dezembro de 2019 e maio de 2021, mas os materiais continuam ativos na página criada da Campanha, a qual reúne todos os dispositivos apresentados.

Cabe destaque, que para divulgação e alcance dos profissionais, contou-se com a parceria das Agências de Desenvolvimento Regional de Saúde de referência das equipes participantes do estudo, o apoio da ferramenta do Telessaúde – SC, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, a Universidade Federal da Fronteira Sul e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP – Portugal).

Dados atuais apontam para que as visualizações dos materiais instrucionais na página oficial ultrapassaram os 2.022 acessos. Além disso, os materiais no *Youtube* totalizaram mais 2.202 visualizações. Ainda, os materiais foram enviados por meio físico aos municípios participantes da pesquisa, totalizando 120 *folders*, 120 boletins informativos e 60 cartazes. Todos os direitos autorais foram registrados.

A campanha contou com o *feedback* positivo dos participantes e incentivo à continuidade e importância de iniciativas e ações dessa natureza. Ela foi divulgada e premiada nacionalmente e internacionalmente e passou a fazer parte do mapa de inovações do *Nursing Now* Brasil.

Considerações Finais

A violência requer uma ampla abordagem nas instituições, sendo necessário idealizar estratégias que demonstrem sua presença, forma de manejo e de prevenção contínua nos ambientes de trabalho. O acesso a informações, a institucionalização de recursos gerenciais de enfrentamento do problema, menos direcionados às vítimas, que requerem uma assistência humanizada personalizada e cuidadosa, e mais direcionadas aos perpetradores e ao aprendizado a partir do fenômeno podem conduzir para uma assistência mais primária do problema.

Ainda, nessa direção, é preciso partilhar experiências institucionais que exemplifiquem e que possam ser replicadas para melhor enfrentamento e prevenção da violência no trabalho.

Palavras-Chave: Violência no Trabalho; Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde.

Referências

1 Alves JC, Carvalho AR, Santos CF, Gomes TM, Santos TR, et al. Violência contra os profissionais de saúde no contexto atual brasileiro: Uma abordagem histórica. *Brazilian Journal of Development* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 8(1):3699–725. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-243>.

2 Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, Rajaleid K. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occupational & Environmental Medicine* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]; 78(2):69-81. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106450>.

3 Organização Internacional do Trabalho. Conferência Internacional do Trabalho. Convenção (nº 190) sobre Violência e Assédio. Genebra: 108 seções CIT [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf.

4 Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 76(12):927-37. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

5 Hasan I, Hassan Z, Bulbul MI, Joarder T, Chisti MJ. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Res Notes* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 11(702):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3795-6>.

6 Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CL, Ribeiro OM, et al. et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access

and safety. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];75(4):e20210765. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.

7 Trindade LL, Schoeninger MD, Borges EM, Bordignon M, Bauermann KB, et al. Moral harassment among Brazilian primary health care and hospital workers. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 35:eAPE039015134. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0151349>.

8 Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, et al. Workplace violence in family health units: a study of mixed methods. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 32(6):632-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

9 Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. *Marketing estratégico para a área da saúde*. Porto Alegre: Grupo A-Bookman; 2010.

10 Toaldo MM, Machado MB. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. *Revista Ação Midiática - Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];6(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/am.v0i6.34744>.

PARTE 5

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

CAPÍTULO 13

PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

Assunção Nogueira¹, Margarida Abreu², Helena Loureiro³

Introdução

O trabalho é uma das dimensões essenciais para caracterizar o ser humano¹. Segundo este autor o trabalhador é uma pessoa que pretende desenvolver-se através da sua atividade e aceita os desafios utilizando a sua inteligência prática e a sua capacidade de inovar, se o contexto lhe proporcionar autonomia. Nesta situação, o trabalho permite-lhe descobrir as suas capacidades e potencialidades, mobilizar os seus conhecimentos e experiências, constituindo uma ferramenta para construir um sentido e uma identidade¹.

Mas, o trabalho é também um importante recurso para o desenvolvimento social e económico da sociedade, daí a importância de os empregadores enfatizarem a saúde dos trabalhadores, nomeadamente a promoção da sua saúde. Ao assegurar boas condições de segurança e saúde no trabalho, nomeadamente, a promoção da saúde os empregadores reduzem as possibilidades dos seus trabalhadores sofrerem aci-

¹Escola Superior de Enfermagem Tâmega e Sousa, IPSN, CESPU. E-mail: assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5693-242X>

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: mabreu@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816>

³Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. E-mail: hloureiro@ua.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1826-5923>.

dentes, ausentarem-se do trabalho devido a problemas psicossociais ou cometer erros devido a lesões músculo-esqueléticas².

Assim, o local de trabalho oferece condições privilegiadas para a implantação de programas e ações de promoção da saúde, pois possibilita o acesso a um grupo de indivíduos relativamente saudáveis e dispõe de infraestrutura para a sua organização e implantação³.

Desde há longa data que a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho advoga que promoção da saúde no local de trabalho deve ser um esforço conjunto de todos os envolvidos (empregadores, trabalhadores e sociedade)⁴, significando que, mais do que cumprir os requisitos legais a nível de segurança e saúde, todos serão chamados a colaborar e a contribuir para a saúde do ambiente em que laboram⁵. Cardoso e Morgado⁶ acrescentam ainda que se a sociedade pretender resolver o problema do sofrimento, das doenças e dos acidentes ligados ao trabalho, não é possível manter o foco apenas nas consequências destes, sendo necessário também atuar nas suas causas. Como tal, é necessário dar prioridade à continuação da investigação e da recolha de dados, bem como à promoção da saúde no trabalho, tanto a nível da União Europeia como à escala nacional⁴.

Promoção da Saúde

Desde os primórdios da humanidade que o homem tentou preservar a sua saúde, ao procurar alimento e abrigo, ao conviver com outros seres e ao procurar satisfazer as suas necessidades básicas. Falar de saúde, atendendo ao modelo tradicional, é sinónimo de não ter doença. Mas, atendendo a uma visão humanista e holística do ser humano, uma forma de estar na vida, tentando entender o outro como um ser único, com inúmeras dimensões que envolvem a sua saúde, leva-nos à compreensão de que saúde é algo subjetivo e a olhar as pessoas de uma forma atenta e abrangente, observando como se adaptam às adversidades, ou seja,

ter saúde é muito mais do que a inexistência de doença⁷. O saber gerir a situação de saúde, apesar da presença de doença, torna-se então primordial para o bem-estar da pessoa.

Para Laverack⁸ a promoção da saúde tem um papel primordial na preservação e melhoria do estado da saúde. Esta autora define promoção da saúde como um conjunto de princípios que incluem a equidade e o empoderamento através de uma prática que abrange a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas. Fundamentando o seu discurso nas Cartas de Otava⁷ e de Bangucoque⁹, mas particularmente na primeira, a autora afirma ainda que a promoção da saúde pode ser realizada num qualquer *setting* no qual as pessoas se envolvem diariamente em atividades e em que fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para afetar a saúde e o bem-estar. Acrescenta ainda que na idade adulta um dos *settings* privilegiados para a promoção da saúde é o local de trabalho⁸.

Promoção da Saúde no Trabalho

O homem passa uma grande parte do seu tempo no trabalho, daí que a saúde e o bem-estar da população trabalhadora tenham merecido uma atenção especial pelas organizações e pelos poderes públicos.

Muitos estudos apontam para que o absentismo por doença física tenha diminuído, mas por doença mental tem aumentado¹⁰. A pressão de realizar tarefas, o stress que se vive em quase todos os trabalhos, parecem estar na causa deste problema. Nos Estados Unidos, 50% dos trabalhadores dizem estar frequentemente ou sempre exaustos devido ao trabalho¹¹. Porém, nem todos os problemas de saúde mental são devidos às condições do trabalho, pelo que compete aos empregadores e responsáveis garantir que as condições de trabalho não agravem este problema.

Na atualidade, fruto dos emergentes modelos de emprego e da evolução dos contextos em que decorrem, a linha que separa a vida laboral da

vida pessoal/familiar é cada vez mais ténue¹². As novas tecnologias têm uma quota parte desta responsabilização, pois somos constantemente abordados com e-mails e mensagens de trabalho a serem respondidos fora do horário de trabalho. Para além do trabalho as pessoas têm de conciliar várias tarefas, algumas bastante desgastantes, com o cuidar das crianças, gerir a logística doméstica e ainda prestar apoio aos familiares idosos¹⁰.

Dados sobre as condições do trabalho, no geral, são preocupantes. Segundo o relatório *Working conditions in a global perspective*, principalmente no que diz respeito às diferenças de género, horas de trabalho, insegurança no emprego e exposição a diversos riscos. As mulheres continuam a trabalhar mais horas e a ganhar menos do que os homens, 30% dos trabalhadores refere que tem um emprego sem perspectivas de carreira o que causa muita insegurança e os riscos físicos, entre outros, continuam a ser uma ameaça à saúde dos trabalhadores¹³. Também as repercussões que a Covid19 deixou no que diz respeito à segurança financeira, habitação, desemprego e isolamento social dos indivíduos levou a um aumento dos desafios emocionais e psicológicos, nas pessoas, em todo o mundo¹⁴.

A Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho define a promoção da saúde no local de trabalho como os esforços combinados de empregadores, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho⁴. Esta definição é baseada na Declaração do Luxemburgo (1997) que descreve a promoção da saúde no local de trabalho como uma estratégia multidisciplinar para potenciar a prevenção de problemas relacionados com o trabalho (todo o tipo de lesões e doenças) e reforçar ações que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores¹⁵. Ainda de acordo com Declaração do Luxemburgo, a promoção da saúde pode ser alcançada com a conjugação dos seguintes fatores: I) Melhoria da organização do trabalho e do ambiente do trabalho; II) Incentivo dos trabalhadores a participar ativamente em

atividades saudáveis; III) Motivação para o desenvolvimento pessoal¹⁵.

Diversos modelos teóricos têm estado subjacentes à implementação de programas de promoção da saúde no local de trabalho, entre os quais se destacam:

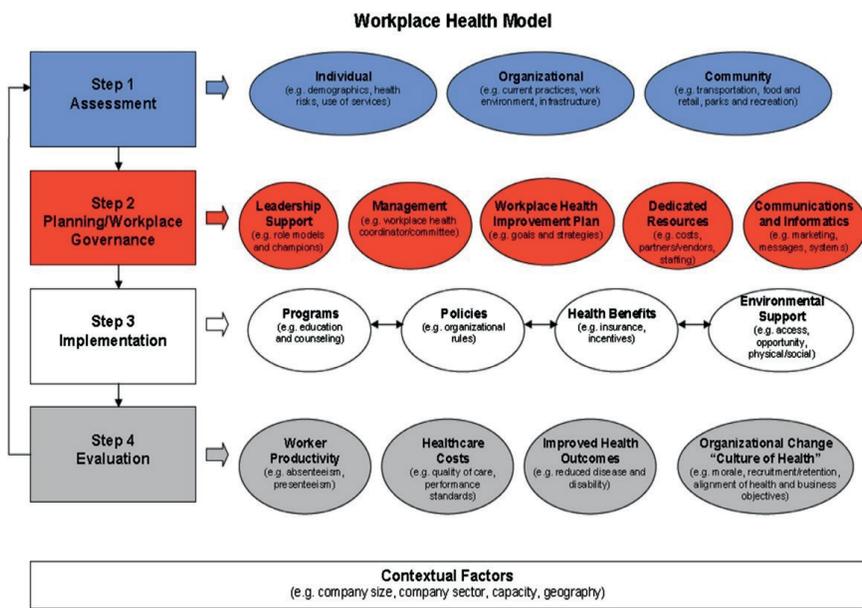
- *Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender* que assume o comportamento do trabalhador como fator central na adoção de medidas promotoras do seu estado de saúde¹⁶.
- *Modelo do Comportamento Planeado* que, baseado nos determinantes da saúde, assume que a intenção para a ação dos trabalhadores é determinada pelas atitudes, normas sociais, percepção de competência e, autocontrole comportamental¹⁷.
- *Modelo de Crenças em Saúde* que assume que o comportamento preventivo adotado pelo trabalhador depende da percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, pelo que preconiza a existência de estímulos que facultem a percepção das primeiras, com conseqüente mobilização de forças internas/motivação para a ação¹⁸.
- *Modelo de Green & Kreuter* que se define pela combinação de intervenções educativas e ambientais que, uma vez conjugadas com as condições e comportamentos em saúde, são conducentes à promoção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores¹⁹.
- *Modelo de Adaptação de Roy* que entende o trabalhador como um sistema em constante exposição a estímulos (internos e externos), perante os quais se preconiza promover a sua adaptação a nível das dimensões fisiológica, identidade no grupo, função do papel e interdependência²⁰.
- *Modelo Epidemiológico de Blum* que admite que o ambiente social assume um papel determinante na saúde do trabalhador,

pelo que os serviços de saúde ocupacional devem exercer uma função essencialmente preventiva²¹.

Mais recentemente, e em certa medida fundamentado nos anteriores, Guazzia et al.²² propõem um modelo de promoção da saúde no local de trabalho baseado num perfil ambiental, onde são incluídos o indivíduo, a organização e a comunidade, num processo sistemático a ser desenvolvido nas seguintes quatro etapas (Figura 1):

- Etapa 1. A avaliação para definir os riscos e preocupações de saúde e segurança dos colaboradores e descrever as atuais atividades de promoção da saúde, capacidade, necessidades e barreiras;
- Etapa 2. O processo de planeamento para desenvolver os componentes de programas de saúde no local de trabalho, incluindo a determinação dos objetivos, seleção de intervenções prioritárias e construção de uma infraestrutura organizacional;
- Etapa 3. A implementação do programa envolvendo todas as medidas necessárias para colocar em prática estratégias e intervenções de promoção da saúde e disponibilizá-las aos colaboradores;
- Etapa 4. A avaliação dos esforços para investigar sistematicamente o mérito (ex. qualidade), valor (ex. eficácia) e a importância (ex. relevância) de uma ação e/ou atividade organizada de promoção da saúde.

Figura 1 - Modelo de promoção da saúde em local de trabalho de Guazzia et al.²²



Fonte: Guazzi M, et al. Worksite Health and Wellness in the European Union. Progress in Cardiovascular Diseases, 56(5):508-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.11.003>²²

Deste modelo se depreende que a aplicação eficaz de programas de promoção da saúde no local de trabalho deve ter um empenho contínuo de todas as partes envolvidas. Para tal, torna-se fundamental que todos sintam que são parte integrante no processo e sejam incluídos em todas as etapas do programa de promoção da saúde, desde a avaliação das necessidades, ao planeamento, execução e avaliação final.

Se os programas de promoção da saúde no local de trabalho forem bem planeados, decerto irão ao encontro das necessidades da organização, mas também das necessidades dos trabalhadores. Assim, ao melhorar o bem-estar e a saúde dos trabalhadores, a promoção da saúde no local de trabalho contribui para: a redução do absentismo; o reforço da motivação e o aumento da produtividade; uma maior facilidade de

recrutamento; uma reduzida rotação do pessoal e uma imagem positiva e incentivadora⁴.

Notas Finais

Trabalhadores saudáveis e motivados no trabalho, em ambientes de trabalho incentivadores, conduzem as empresas ao sucesso. A promoção da saúde no local de trabalho deverá ser um procedimento resultante do esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e da sociedade em geral, de modo a melhorar a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos. Neste âmbito, podem ser utilizados vários modelos. A seleção do modelo deve ter em consideração a finalidade e os objetivos do programa de promoção da saúde, as características do ambiente de trabalho e, principalmente, as características dos trabalhadores.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Ocupacional; Modelos de assistência à Saúde; Promoção da saúde.

Referências

1 Neffa, JC. O trabalho humano e a sua centralidade. R Ci Trab [internet]. 20215 [cited 10 apr 23];4:7-26. Available from:

https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9189/RI-UNNE_AR_Neffa_JC.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

2 União Europeia. A segurança e saúde no trabalho diz respeito a todos: Orientações práticas para os empregadores. Serviço das Publicações da União Europeia [internet]. 2016 [cited 10 apr 23]. Available from: : <https://doi.org/10.2767/723076>.

3 Carvalho AF, Dias EC. Promoção da saúde no local de trabalho: Revisão sistemática da literatura. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]; 25(1):116-26. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823228017>.

4 Associação Internacional de Segurança Social. Promoção da saúde no local de trabalho [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://ww1.issa.int/pt/guidelines/whp/174864>.

5 Comissão Europeia. Quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027: Saúde e segurança no trabalho num mundo do trabalho em evolução [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX-%3A52021DC0323&qid=1626089672913#PP1Contents>.

6 Cardoso AC, Morgado L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: Ensinamentos da enquete europeia sobre condições de trabalho.

Saúde e Soc [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];28(1):169-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170507>.

7 Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá [internet]. 1986 [cited 10 apr 23]. Available from: https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf.

8 Laverack G. Guia de bolso para a promoção da saúde. UCE; 2022.

9 World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. World Health Organization [internet]. 2005 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>.

10 Sadio R. Percepção de qualidade de vida no trabalho: Um estudo aplicado a trabalhadores de empresas intensivas em tecnologia [dissertação]. Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos ISCTE-IUL; 2021.

11 Seppala E, King M. *Burnout* at work isn't just about exhaustion. It's also about loneliness. *Harv Bus Rev.* 2017; 29:2-4.

12 Borges EM, Sequeira CA, Queirós CM, Mosteiro-Díaz MP. Workaholism and family interaction among nurses. *Cien Saúde Colet* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];26(12):5945-53. Available from: online: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.13842021>.

13 Eurofound and International Labour Organization. Working conditions in a global perspective. Publications office of the european union and international labour organization [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://policycommons.net/artifacts/1845233/working-conditions-in-a-global-perspective/2589830/>.

14 Statista. COVID-19 impact on mental health - statistics & facts. Statista Research Department [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.statista.com/topics/7106/Covid-19-and-mental-health/>.

15 Comissão Europeia. Conselho europeu extraordinário sobre emprego, Luxemburgo [internet]. 1997 [cited 10 apr 23]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/PRES_97_300.

16 Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4ª ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.

17 Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Deci Process* [internet]. 1991 [cited 10 apr 23]; 50(2):179-211. Available from: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).

18 Coleta MF. O modelo de crenças em saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia* [internet]. 1999 [cited 10 apr 23]; 7(2):175-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200007&lng=pt&tlng=pt.

19 Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning and educational and environmental approach. 2ª ed. Mayfield Publishing Company; 1991.

20 Roy C. O Modelo de adaptação de Roy na investigação da enfermagem. In: Roy C, Andrews HA. *Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Instituto Piaget; 2001.

21 Blum HL. Planning for health, development and application of social change theory. *Human Science*. 2ª ed. Human Sciences Press; 1981.

22 Guazzi M, et al. Worksite Health and Wellness in the European Union. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(5):508-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.11.003>

CAPÍTULO 14

PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR: PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Margarida Abreu¹, Maria José Peixoto², Elisabete Borges³

Introdução

Nas últimas décadas, o local de trabalho tem sido considerado um importante contexto para a Promoção da Saúde (PS), pois permite ter como alvo grupos de grande dimensão, com diferentes níveis de educação¹.

As instituições de ensino superior são conhecidas como produtoras de conhecimento, de habilidades e de competências necessárias para a formação profissional, mas também, são contexto de vivências sociais que permitem experienciar os mais diversos aspectos da vida diária da comunidade escolar².

No entanto, nas últimas duas décadas, um número crescente de instituições de ensino superior de todo o mundo, nomeadamente, as portuguesas associaram-se a entidades promotoras de saúde, um dos projetos

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: mabreu@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816>

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: mariajose@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279>

³Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: elisabete@esenf.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>

de ambientes favoráveis à saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inspirados na Carta de Ottawa^{1,3}.

Segundo Ferreira e colaboradores⁴ as Universidades Promotoras de Saúde (UPS) são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos, o que potencia o bem-estar e a sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, a avaliação da eficácia dos programas de intervenção.

Ferreira e colaboradores⁴ referem ainda que os espaços promotores de saúde são contextos de intervenção onde se dinamizam estratégias de multiníveis e se mobilizam conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis. Estes contextos integram um conjunto de dinâmicas sociais em que diferentes atores aprendem, trabalham, socializam e aproveitam o tempo de trabalho, lazer e serviços disponíveis em prol da saúde individual e coletiva, tornando-se, assim, ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento sustentável.

Evangelista e colaboradores¹, defendem que as instituições de ensino superior constituem um ótimo local para a implementação de Programas de Promoção da Saúde (PPS), pois proporcionam a oportunidade para alcançar muitas pessoas, envolver a comunidade na criação de ambientes favoráveis à saúde, ao desenvolvimento de atitudes pessoais e na reorientação dos serviços a partir de três estratégias - *advocacy*, mediação e capacitação, o que contribui para a motivação para o trabalho, produtividade, saúde e melhor qualidade de vida dos trabalhadores e da sociedade.

Face à importância do anteriormente mencionado pretendemos abordar o conceito e a perspectiva histórica da PS e identificar PPS no trabalho que contribuam para o bem-estar da comunidade educativa e para o funcionamento mais humano e mais produtivo das instituições de ensino superior.

Promoção da saúde

O conceito de Promoção da Saúde (OS) está associado a alguma complexidade que se deve não só à difícil definição do termo saúde, mas também, à própria amplitude do conceito, à alteração a que este tem sido sujeito e pelo incremento no conhecimento acerca dos determinantes de saúde ao longo dos anos.

O debate intersetorial para a saúde, desenvolvido pela Assembleia Mundial de Saúde, que se tem vindo a fazer a partir da década de 40 (1940) a par da evidência científica, impulsionou, nas últimas décadas, diferentes entendimentos e interpretações sobre a saúde pública, nomeadamente sobre a PS^{5,6}.

A expressão PS surgiu na década de quarenta quando Sigerist considerou que a medicina devia ter como foco de atenção quatro áreas: a PS, a prevenção da doença, a recuperação da pessoa e a reabilitação. Sigerest já nessa altura percebeu que para existir saúde não só eram necessários os cuidados de saúde, mas, também eram de primordial relevância a educação, as condições de vida e o lazer.

Mais tarde, na década de sessenta, o modelo de história natural de doença desenvolvido por Leavel e Clark explicitou que a PS fazia parte da prevenção primária cujo objetivo era melhorar o bem estar do indivíduo⁶. Em 1974, Lalonde percebeu que os fatores que conduziam ao desenvolvimento de doença eram a biologia da pessoa, o ambiente, o estilo de vida e os serviços de saúde, concebendo assim uma nova visão sobre PS.

Lalonde trouxe uma conceção mais ampla sobre saúde pública e sobre a PS, a qual se revestiu de extrema relevância, pois, constatou-se que os comportamentos dos indivíduos podiam ser os fatores de risco para a saúde, mas, que estes eram modificáveis perante possíveis intervenções. Assim, se percebeu a importância das intervenções face aos determinantes de saúde. Nas décadas de setenta e oitenta a evidência científica

demonstrou efetivamente a associação entre condições de vida e nível de educação, surgindo a perspectiva socioambiental^{5,7}.

Assim, em 1978, ocorreu a I Conferência sobre os Cuidados de Saúde Primários de onde foi emanada a Declaração de Alma-Ata, que preconizava que através dos cuidados de saúde primários se atingisse a Saúde para Todos no ano 2000, através da PS, de forma a diminuir as diferenças sociais e económicas⁷. A Declaração de Alma-Ata foi considerada um marco não só pelo reconhecimento da responsabilização dos cidadãos face à sua saúde, mas, também pelo reconhecimento da responsabilização dos governos para a saúde das populações. Desta conferência resultaram as bases para a PS.

Mais tarde, em 1986, realizou-se em Ottawa (Canadá) a primeira Conferência Internacional sobre PS, apoiada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública⁸. Desta emergiu a Carta de Ottawa considerada um modelo para as novas estratégias para a PS a nível mundial⁶. A Carta de Ottawa definiu PS como o processo que objetiva aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, para a melhorarem⁸. Nesta Carta a PS não só foi vista numa perspectiva de cuidados de saúde, mas também de políticas saudáveis em todos os outros setores da sociedade, ou seja, surgiu uma visão intersectorial para a saúde e novamente se reforçou a responsabilidade dos indivíduos na sua saúde. Deste modo, a Carta foi um marco relevante por proporcionar um novo olhar para a saúde, enfatizando a equidade e a justiça social para que a PS seja uma realidade^{6,9,10}.

No decorrer dos anos realizaram-se periodicamente conferências, a nível mundial, de onde têm emergido cartas internacionais a focar a PS e a importância do papel dos governos, a lembrarem os compromissos e os objetivos que foram estipulados desde a primeira carta, a descrever conceitos, princípios e a definirem em cada uma delas uma área central de maior realce sempre tendo por base a PS. Em 2013, a conferência de

Helsinquia, na Finlândia e em 2016 a de Xangai, na China já tiveram como finalidade debater a saúde na perspectiva das políticas de saúde¹¹.

Neste sentido, a PS tem como foco a qualidade de vida e a diminuição de fatores de risco, tendo sempre presente a importância da conjugação intersetorial e nunca descurando um dos princípios subjacentes ao conceito, ou seja, à capacitação do indivíduo para a sua tomada de decisão¹². Ao conceito de capacitação está inerente o empoderamento dos indivíduos no sentido de estes terem uma atitude proativa no que se refere ao seu comportamento relacionado com a saúde não só pelo incremento do conhecimento, mas também pelo saber-fazer. Neste sentido, estamos a olhar a PS no âmbito da mudança de comportamentos e desta forma estamos a empoderar os indivíduos e a ir mais além da estratégia com ênfase essencialmente na doença a qual se assistiu ao longo de muitos anos^{13,14}.

O contexto onde as pessoas se desenvolvem, trabalham e envelhecem são considerados determinantes sociais da saúde, condições essenciais para a extinção das iniquidades no sentido da PS¹⁵. Os locais de trabalho receberam um papel especial quando a União Europeia adotou o programa de ação sobre “PS, Educação, Informação e Treino”, para melhorar os padrões de saúde pública na Europa. Este programa levou à criação da *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP), em 1996, cuja visão era ter trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis¹⁶.

Assim, na Declaração de Luxemburgo, em 1997, a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PST) foi definida como o esforço combinado de empregadores, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Tal pode ser alcançado através de uma combinação da melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho, da promoção da participação ativa e do incentivo ao desenvolvimento pessoal¹⁶.

Segundo a ENWHP¹⁶ a PST não é apenas teórica. Realiza-se em empresas e organizações com programas práticos em execução no local. Mas, para que as medidas de PST tragam melhorias reais e de longo prazo para os trabalhadores e se tornem um modelo de sucesso, a sua qualidade deve ser garantida. A ENWHP¹⁶ refere ainda que as empresas precisam de exemplos de boas práticas que possam usar como diretrizes.

Neste âmbito, seguidamente apresentamos alguns exemplos de PS em instituições de ensino superior.

Programas de Promoção de Saúde

Tal como foi referido anteriormente, as instituições de ensino superior, além de ocuparem uma posição privilegiada na sociedade do ponto de vista pedagógico, científico e tecnológico, nas últimas duas décadas também têm assumido um importante papel na área da promoção da saúde da sua comunidade educativa.

De fato, diferentes programas de PS têm-se desenvolvido neste contexto, nos últimos anos. Destacamos aqui o programa implementado por Carter e colaboradores¹⁷ numa universidade americana com a parceria de uma escola de enfermagem, no Alabama, em que os estudantes de enfermagem, no âmbito do programa de bem-estar desenvolvido pelo serviço de promoção da saúde e bem-estar da universidade, realizaram atividades de promoção de saúde aos trabalhadores. Estas atividades incluíram avaliação de dados biométricos, tais como, peso, perímetro abdominal, tensão arterial e testes rápidos para avaliação de colesterol e glicose no sangue; aconselhamento, de acordo com os resultados da avaliação anterior; monitorização e apoio, também de acordo com os achados anteriores. Ainda, segundo os mesmos autores, esta parceria constitui-se uma oportunidade única para que os estudantes desenvolvessem as suas competências clínicas e comunicacionais.

Já Wierenga e colaboradores¹⁸ implementaram um programa multicomponente no âmbito do estilo de vida, numa Universidade de Ciências Aplicadas, na Holanda, que incluía intervenções: i) educativas (organização de uma reunião com todos os gestores de departamento para debaterem a importância de discutir assuntos relacionados com a vitalidade e saúde nas entrevistas anuais de avaliação de desempenho; os gestores de equipe tiveram a oportunidade de convidar um especialista externo para nas reuniões abordarem a temática do estilo de vida e realizar uma autoanálise sobre o stresse no trabalho; elaboração de um folheto para trabalhadores com filhos com suporte informativo sobre a importância de uma alimentação variada em frutas e legumes com toda a família); ii) ambientais (disponibilização de uma sala onde os trabalhadores podiam sentar-se em silêncio; colocação de fruta grátis uma vez por semana na sala dos professores; análise do menu oferecido no refeitório; política anti fumo mais rígida; incentivos para o uso da bicicleta) e iii) individuais (após a cerimónia de abertura do ano letivo, foi organizada uma semana da saúde, na qual atividades, oficinas e informações sobre os temas de estilo de vida foram disponibilizadas, tais como, um concerto de almoço, workshops de *Yoga* e dança, caminhada na hora de almoço, debate sobre tabagismo, competição *Nintendo Wii*, e pequeno almoço; workshops relacionados com o estilo de vida, tais como, zumba, *mindfulness*, alimentação; participação num projeto de *coaching* intensivo de 15 semanas, com quatro sessões de *coaching* e três *workshops* sobre metas e gestão de stresse, um extenso exame de saúde e sessões de treino de uma hora, duas vezes por semana, com um treinador num centro de fitness local).

Também nos Estados Unidos, em Pittsburgh, em 2015, Lang e Stitt-Fischer¹⁹ apresentaram o programa educacional de vacinação obrigatório, na Universidade. Os materiais foram apresentados a grupos informais de trabalhadores por uma equipe de educadores incluindo o diretor de saúde e segurança ambiental, o médico diretor do serviço de saúde ocu-

pacional e a enfermeira do trabalho. A equipe de gestão esteve presente para responder a perguntas relacionadas com o ambiente de trabalho. Estiveram ainda presentes representantes do Conselho Geral da Universidade e do Departamento de Recursos Humanos para responder a questões relacionadas com o emprego e demonstrar o apoio da administração da universidade para a obrigatoriedade do programa de vacinação. Os educadores eram conhecidos dos trabalhadores em risco, ou seja, aqueles que trabalhavam na pesquisa e desenvolvimento de vacinas e interagiram com a maioria deles em diferentes momentos. Todos os participantes foram encorajados a colocar questões e expressar as suas opiniões sobre o novo programa de vacinação obrigatório. Cada trabalhador recebeu materiais escritos de fácil compreensão sobre as vacinas obrigatórias, incluindo efeitos, dose de reforço (se aplicável) e duração da ação. Reif e colaboradores²⁰ implementaram e avaliaram um programa abrangente de bem-estar na Universidade de Illinois, que teve a duração de 2 anos e incluiu incentivos financeiros e folga remunerada para exames biométricos anuais no local, avaliações anuais de risco à saúde e atividades de bem-estar contínuas, tais como, atividade física, cessação tabágica e gestão da doença.

No Brasil, em 2022, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através do seu Núcleo de Promoção de Saúde do Trabalho, disponibiliza aos seus trabalhadores ativos e aposentados ações de promoção à saúde, tais como: programa de preparação para a reforma, constituído por um seminário; um curso e um encontro de aposentados; um programa de capacitação para gestores; um curso de promoção à saúde do trabalhador; exercício físico e qualidade de vida; visita técnica a aposentados e pensionistas da UFSM; atendimento, orientação e acompanhamento de trabalhadores no âmbito da psicologia organizacional e do trabalho e saúde oral²¹. O núcleo, através dos projetos e do serviço de psicologia, recebe estudantes dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia, contribuindo para a sua formação.

Nota Final

Nas últimas décadas, o local de trabalho tem sido identificado como um cenário importante para a promoção da saúde. Embora a PS não seja o *core business* das instituições do ensino superior, estas ao procurarem integrar um compromisso de PS realizam um investimento no bem-estar, podendo contribuir para a prossecução da sua missão.

Mais, pesquisas realizadas com docentes e não docentes mostram que as doenças relacionadas com o trabalho têm aumentado, devido ao aumento das pressões no trabalho, às longas horas de trabalho, às lacunas na prática da gestão de pessoas, às perspetivas reduzidas de desenvolvimento de carreira e ao reconhecimento ineficiente. Este motivo também torna fundamental a promoção da saúde nas instituições do ensino superior.

Palavras chave: Saúde Ocupacional; Promoção da Saúde; Educação Superior.

Referências

- 1 Evangelista RA, Loureiro HM, Silva LA, Bueno AA, Mendes AM. Programas de promoção da saúde no ensino superior: Uma revisão de escopo. *Enferme Actual Costa Rica* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];39:202-19. Available from: <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40962>.
- 2 Lourinho LA, Ferreira HS, Campos AS, Moreira HL, Catrib AM. O papel das universidades sob a égide da promoção o da saúde na formação acadêmica. In Lima PC, Sousa IC, Catrib AM. *Promoção da saúde na universidade: Desafios e perspectivas*. Fortaleza: Editora da UECE; 2022.
- 3 Soares AM, Pereira AM, Canavarro JM. Promoção da saúde nas instituições de ensino superior portuguesas: Reflexões e desafios. *Rev Port Pedagogia* [internet]. 2015 [cited 10 apr 23]; 49(2):115-37. Available from: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_6.
- 4 Ferreira FM, Brito IS, Santos MR. Health promotion programs in higher education: Integrative review of the literature. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 71(4):1714-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>.
- 5 Terris M. *Conceptos sobre Promocion de la Salud - Dualidades en la Teoria de la Salud Publica*. Washington: OPAS/OMS; 1992.
- 6 Hartmann C, Lopes GC, Vieira FS, Samuel BV. História da promoção da saúde e a “carta de Ottawa descrita na integra”. *Rev Cien Cognitionis* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://unilogos.org/revista/2020/07/25/10-38087-2595-8801-45/>.

7 Santos L, Parente C, Ribeiro J, Pontes A. Promoção da saúde. Da investigação à prática. Vol 1. Lisboa: SPSS, Editora LDA; 2015.

8 World Health Organization. The Ottawa charter of health promotion. First international conference on health promotion. Geneve: World Health Organization [internet]. 1986 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.

9 Xavier AB. As cartas das conferências internacionais sobre promoção da saúde: Uma análise das tendências ídeo-políticas. 7º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos. Maceió; 2017.

10 Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis: Saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 1996 [cited 10 apr 23];1(14):104-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>.

11 Sonaglio RG, Lumertz J, Melo RC, Rocha CM. Promoção da saúde: Revisão integrativa sobre conceitos e experiências no Brasil J Nurs Health [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];9(3):e199301. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11122>.

12 Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];19(11):4361-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4361.pdf>.

13 Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2008 [cited 10 apr 23];13(2):2029-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>.

14 Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DM, Boehs AG, et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões. *Texto & Contexto Enferm* [internet]. 2013[cited 10 apr 23]; 22(1):224-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da saúde: Aproximações ao tema. Brasília, Caderno 1 [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf. ISBN 978-65-5993-008-1.

16 European Network for Workplace Health Promotion. Promoting health at work. Brussels: European Network for Workplace Health Promotion [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]. Available from: https://oshwiki.eu/wiki/Workplace_Health_Promotion.

17 Carter MR, Kelly RK, Montgomery M, Cheshire M. An innovative approach to health promotion experiences in community health nursing: A university collaborative partnership. *J Nurs Educ* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];52(2):108-11. Available from: <https://doi.org/10.3928/01484834-20130121-04>.

18 Wierenga D, Engbers LH, Empelen PV, Moes KJ, Wittink H, et al. The implementation of multiple lifestyle interventions in two organizations: A process evaluation. *JOEM* [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];56(11):1195-206. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25376415/>.

19 Lang YC, Stitt-Fischer M. Evaluation of a university-based mandatory vaccine program. *Workplace Health Safe*. 2015; 63(4):179-88.

20 Reif J, Chan D, Jones D, Payne L, Molitor D. Effects of a work place wellness program on employee health, health beliefs, and medical use a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];180(7):952-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453346/>.

21 Coordenadoria de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor. Núcleo de promoção de saúde do trabalho [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/progep/servicos/nucleo-de-promocao-de-saude-do-trabalho-npsat/>.

CAPÍTULO 15

LIDERANÇA E PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Patrícia Campos Pavan Baptista¹, Chennyfe Dobbins Abi Rached², Juliana Pereira Tavares de Melo³, Vinicius Gomes Barros⁴

Introdução

A promoção de ambientes saudáveis para execução das atividades laborais não é uma preocupação recente, tendo em vista a necessidade de manutenção da força de trabalho na cadeia produtiva. Nesse aspecto, nos serviços de saúde, por mais paradoxal que seja, diferente de outras naturezas de serviços, a atenção à saúde dos trabalhadores (excetuando-se as exposições biológicas), vêm adotando esta questão como necessária, mais recentemente.

Nessa tônica, destaca-se o chamado universal por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que por meio de suas 17 frentes de ação, contempla aspectos como o financiamento da saúde e o recrutamento,

¹Universidade de São Paulo. E-mail: pavanpati@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1433-6456>

²Universidade de São Paulo. E-mail: chennyfer@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4499-3716>

³Universidade de São Paulo. E-mail: julianap.tm@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9824-7196>

⁴Universidade de São Paulo. E-mail: viniciusvgb@usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1954-1387>

desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos¹.

Portanto, torna-se imperativo não somente o investimento financeiro como a formulação de políticas globais e estratégias de cunho institucional para a manutenção da saúde dos trabalhadores de saúde, assegurando por sua vez, qualidade nos serviços ofertados aos usuários. Nesse contexto, descortina-se o papel das lideranças como essencial na promoção de ambientes saudáveis e prevenção de agravos à saúde nos serviços de saúde, considerando a articulação política e interface com os liderados.

Objetivo

Discutir a importância das lideranças na promoção de ambientes saudáveis nos serviços de saúde.

Desenvolvimento

O processo de trabalho gerencial na prática do enfermeiro

O processo de trabalho do enfermeiro tem sido caracterizado por duas dimensões: a assistencial, ou seja, o cuidado direto aos indivíduos, da concepção à morte; e a dimensão gerencial, de coordenação e organização do trabalho de enfermagem. Desse modo, o gerenciamento encaixa-se como uma das dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, na qual se inserem os recursos humanos e recursos materiais, com vistas à excelência da assistência prestada.

Ao considerarmos que o cuidado representa o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro devem ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem. Sendo assim, é fundamental destacar que existe articulação entre as duas dimensões, e esta articulação pode ser observada por meio

de ações que permitem intervenções tanto no cuidado como no gerenciamento².

Nessa perspectiva, cada vez mais evidencia-se que o processo de trabalho gerencial deve ser permeado por competências técnicas, atitudinais e políticas, as quais respaldam o agir cotidiano do enfermeiro na gestão dos serviços. Para tanto, há instrumentos/ ferramentas empregadas que balizam as ações e permitem melhores resultados.

Estudos nacionais e internacionais da última década sinalizam para a dimensão gerencial como crucial para a liderança de equipes de enfermagem potentes, capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população³.

Pesquisa realizada com enfermeiros sobre as competências para a gestão, aponta que dentre os aspectos considerados mais importantes no trabalho gerencial, destacam-se a garantia de condições de trabalho, por meio de dimensionamento compatível com a carga de trabalho, supervisão da equipe de Enfermagem e organização das ações assistenciais, entre outros⁴.

Fatores como coesão do grupo de trabalho, a liderança, o crescimento na carreira e a satisfação no trabalho foram preditores significativos em um estudo recente com 480 enfermeiros na China que teve como objetivo examinar o nível de intenção de permanecer na profissão. Nesse aspecto, os resultados apontam pistas para administradores de enfermagem e formuladores de políticas para desenvolver estratégias ou intervenções apropriadas para possibilitar a retenção na profissão⁵. Além disso, cada vez mais, é nesse cenário que surge a liderança de enfermagem como constructo fundamental para gestão dos recursos humanos e manutenção de um ambiente salutar para os trabalhadores e, conseqüentemente, o desejo de permanecer na profissão, bem como a redução do adoecimento no trabalho.

Cada vez mais, a liderança de enfermagem precisa implementar linguagem *antibullying* nas políticas, instituir treinamentos de comunicação e autoliderança, modelar liderança autêntica e promover climas éticos para apoiar a retenção dos trabalhadores⁶.

A Liderança como uma ferramenta gerencial e de promoção à saúde dos trabalhadores

A Liderança de Enfermagem tem um papel essencial na promoção à saúde dos trabalhadores, e a influência do líder pode impactar positivamente ou negativamente no clima do ambiente de trabalho e na saúde. O compromisso e o apoio da liderança criam uma cultura de saúde e bem-estar físico, psicológico e social no trabalho, facilitando a implementação e adesão às práticas de gestão de saúde como os programas de saúde do trabalhador, contribuindo com resultados tanto no nível individual (atitudes no trabalho, saúde e bem-estar) como no nível organizacional (cultura e as práticas de gestão de saúde)^{7,8}.

Os tipos de liderança exercem influência no desenvolvimento de doenças ocupacionais, pois o estresse, ansiedade, cefaleia, inapetência e distúrbios do sono, estão relacionados ao comportamento de liderança exigente e climas organizacionais tensos^{9,10}. Estudos apontam que a liderança transformacional traz um impacto negativo sob a saúde dos funcionários como a ansiedade, estresse e altas taxas de absenteísmo^{11,12}. Esse estilo de liderança tem como filosofia encorajar e inspirar os funcionários a inovar e desenvolver novas formas de crescer e direcionar suas ações para o cumprimento dos objetivos e metas organizacionais; como esse estilo de liderança propicia independência ao trabalhador para que ele possa tomar decisões, se o comportamento é exacerbado, o indivíduo pode desencadear emoções negativas.

A liderança envolvente, um estilo emergente na literatura, busca aumentar o engajamento no trabalho, nesse aspecto, o alto engajamento no trabalho pode trazer uma alta carga de trabalho e por consequência

fortalecer a relação entre sobrecarga de trabalho e desordens de saúde como doenças gastrointestinais, diabetes e doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio^{7,13,14}.

A literatura abarca o conceito de liderança promotora de saúde como um estilo de liderança que promove o desenvolvimento organizacional sustentável, a satisfação, o engajamento no trabalho e o comprometimento afetivo, trazendo benefícios à saúde física e mental da equipe. Nesse estilo de liderança observa-se que o comportamento do líder. Neste sentido, a forma de se comunicar com a equipe traz impactos positivos na qualidade de vida no trabalho, entretanto, autores descrevem alguns aspectos negativos do líder promotor de saúde, que estão relacionados ao esgotamento profissional, instabilidade emocional e conflito interpessoal, podendo a exaustão ser considerada uma variável para medir o bem-estar psicológico. Os trabalhadores possuem três necessidades psicológicas básicas: a necessidade de pertencer, a necessidade de ser visto como competente e a necessidade de autonomia, que promovem seu bem-estar psicológico^{9,15,16}.

A liderança promotora de saúde reconhece as conquistas dos trabalhadores, bem como incentiva-os a participar de projetos de promoção do ambiente saudável. Sabe-se que a liderança promotora da saúde pode desenvolver o ambiente de trabalho saudável por meio da implementação de intervenções voltadas para a saúde, como por exemplo, o cuidado com a higiene ocupacional e a ergonomia no processo de trabalho^{17,18}.

De acordo com a literatura, existem cinco caminhos pelos quais o comportamento da liderança pode afetar a saúde dos trabalhadores¹⁹:

- (1) promover diretamente (ou prejudicar) a saúde;
- (2) promover (ou prejudicar) a saúde dos trabalhadores ao projetar sistemas de trabalho que propiciam ou reduzem a pressão de processos, objetivos e metas;

- (3) desempenhar um papel moderador na relação entre os fatores ambientais e a saúde do trabalhador;
- (4) cultivar um clima saudável e construir uma identidade comum; e
- (5) agir como modelo.

Líderes promotores de saúde têm o poder de mudar a consciência e os valores de saúde, a motivação em se ter saúde e os comportamentos relacionados aos estilos, hábitos saudáveis, autonomia, recursos e controle dos processos de trabalho adequados. A conscientização dos trabalhadores sobre a saúde refere-se à extensão da sensibilidade do líder aos fatores que afetam a saúde (como o estresse, ansiedade, depressão), frases como “meu supervisor percebe imediatamente quando algo está errado com minha saúde”, “meu supervisor se preocupa com o que está acontecendo comigo e como eu me sinto” são comuns nos estudos que investigam como o liderado sente quando os líderes se preocupam com ele.

Quando se trata de valores de saúde, o líder é capaz de influenciar no grau em que os indivíduos se preocupam com seus hábitos e comportamento de saúde. Sobre os comportamentos de saúde, o líder consegue fornecer condições de trabalho saudáveis, satisfazendo as necessidades psicológicas dos trabalhadores e diminuindo a exaustão. Obter informações sobre a saúde dos trabalhadores e incentivá-los a praticar comportamentos saudáveis refletem-se em sentimentos como: “meu supervisor me convida a informá-lo sobre os riscos à saúde em meu local de trabalho”; “tenho uma visão clara do que meu chefe espera de mim”. O fato de o líder fornecer informações e feedback: “meu chefe me dá as informações de que preciso”, são descritos na literatura como propiciadores de redução da exaustão, esgotamento, irritação e doenças físicas como o risco de infarto agudo do miocárdio^{1314,17,18}.

Utilizar a Liderança de enfermagem como ferramenta para a criação de uma cultura em que a promoção da saúde seja uma parte valorizada do ambiente de trabalho demonstra a preocupação da organização para com os trabalhadores. A presença de uma cultura de valorização da saú-

de organizacional permite que os líderes estimulem comportamentos que promovam a saúde. O controle comportamental de promoção da saúde organizacional refere-se à percepção dos líderes de como a organização permite e o apoia o processo de valorização da saúde da equipe propiciando um ambiente de trabalho saudável e seguro para trabalhador e paciente^{7,8}.

Conclusões

O estilo de liderança em enfermagem é imperativo na criação de ambientes de trabalho favoráveis e promotores da saúde na busca de garantir a produtividade da força de trabalho e culturas de cuidado eticamente sustentáveis. É necessário mais conhecimento sobre como os líderes podem promover saúde e carreiras sustentáveis entre os enfermeiros. Num momento de escassez de enfermagem atual e projetada, é importante entender as razões pelas quais os enfermeiros pretendem permanecer em seus empregos.

É preciso refletir e estar atento ao perfil da equipe, quem são os membros que a compõe, quais suas características de personalidade e peculiaridades. O bom líder é o que conhece a equipe, o que irá propiciar o direcionamento de qual o estilo de liderança deve ser praticado.

Evidências sugerem que a liderança em enfermagem tem um papel importante em vários resultados relacionados à saúde dos trabalhadores como o comportamento de conformidade com a segurança, estresse somático, queixas de saúde, direcionamento da liderança para o cuidado da equipe (ou seja, demonstrando preocupação com a saúde do trabalhador).

Reforça-se a importância de buscar o bem-estar do trabalhador, por meio de comunicação efetiva, escuta, responsabilidade, acolhimento, bem como, atenção especial à valorização e reconhecimento de cada um.

Palavras-Chave: Liderança; Promoção da saúde; Gerenciamento; Enfermagem.

Referências

- 1 Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento sustentável- ODS [internet] 2022. [cited 13 dec 22]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
- 2 Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem* [internet]. 2009 [cited 10 apr 23];18(2):258-65. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dbP73tQnG84YvsjS943pW9r/?lang=pt>.
- 3 Organização Pan-Americana da Saúde. Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas. Washington [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275320723>.
- 4 Damasceno CK, Campelo TP, Cavalcante IB, Sousa PS, Moreira WC, et al. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. *Rev enferm* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];10(4):1216-22. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11106>.
- 5 Lyu X, Akkadechanunt T, Soivong P, Juntasopeepun P. Factors influencing intention to stay of male nurses: A descriptive predictive study. *Nursing & Health Sciences* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];24(1):322-29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12928>.
- 6 Filipova AA. Leadership Implications Related to Bullying and Intent to Leave Among Licensed Practical Nurses. *J Nurs Adm* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];52(5):266-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35420564/>.

7 Rahmadani VG, Schaufeli WB, Stouten J, Zhang Z, Zulkarnain Z. Engaging leadership and its implication for work engagement and job outcomes at the individual and team level: a multi-level longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];17(3):776. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31991897/>.

8 Mabona JF, Rooyen DV, Ham-Baloyi WT. Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 25(27):1788. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35548062/>.

9 Jiménez P, Winkler B, Bregenzer A. Developing sustainable workplaces with leadership: feedback about organizational working conditions to support leaders in health-promoting behavior. *Sustain* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];9(11):1944. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/9/11/1944>.

10 Vincent-Höper S, Stein M. The role of leaders in designing employees' work characteristics: validation of the health- and development-promoting leadership behavior questionnaire. *Front. Psychol* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];10:1049. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01049/full>.

11 Nielsen K, Daniels K. The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: the role of presenteeism. *Work Stress* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];30(2):193-208. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678373.2016.1170736?journalCode=twst20>.

12 Nielsen K, Daniels K, Nayani R, Donaldson-Feilder E, Lewis R. Out of mind, out of sight? Leading distributed workers to ensure health and safety. *Work Stress* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];33(2):173-91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678373.2018.1509402?journalCode=twst20>.

13 Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, et al. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occup Environ Med* [internet]. 2009 [cited 10 apr 23];66:51-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19039097/>.

14 Köppe C, Kammerhoff J, Schütz A. Leader–follower crossover: exhaustion predicts somatic complaints via staffcare behavior. *J. Manag. Psychol* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 33(3):297-310. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2018-34184-004>.

15 Bregenzer A, Felfe J, Bergner S, Jiménez P. How followers' emotional stability and cultural value orientations moderate the impact of health-promoting leadership and abusive supervision on health-related resources. *Ger J Hum Resour Manag* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];33(4): 307-36. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2397002218823300>.

16 Liu L, Jia Y. Guanxi HRM and employee well-being in China. *Empl. Relations* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];43(4): 892-910. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ER-09-2019-0379/full/html>.

17 Horstmann D. Enhancing employee self-care: the moderating effect of personal initiative on health-specific leadership. *Eur. J. Heal. Psychol* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];25(3): 96-106. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/2512-8442/a000014>.

18 Kaluza AJ, Schuh SC, Kern M, Xin K, Van Dick R. The importance of organizational health climate for employee health: a multilevel cascading model. *Proceedings* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23](1). Available from: <https://journals.aom.org/doi/10.5465/AMBPP.2018.157>.

19 Wegge J, Shemla M, Haslam SA. Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *Zeitschrift Pers* [internet]. 2014 [cited 10 apr 23]; 28(1-2):6-23. Available from: <https://ideas.repec.org/a/rai/zfpers/doi10.1688-zfp-2014-01-wegge.html>.

CAPÍTULO 16

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Leticia de Arruda Correa¹, Márcia Luíza Pit Dal Magro²

Introdução

Há uma intrínseca relação entre as noções de risco e prevenção. O risco laboral pode ser compreendido como “[...] toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar danos à saúde, seja através de acidentes, doenças ou sofrimento dos trabalhadores”^{1:8}. Tradicionalmente as abordagens sobre os riscos ocupacionais valorizam apenas os aspectos objetivos do trabalho (químicos, físicos, biológicos), desconsiderando os aspectos psicossociais², dos quais são exemplo a sobrecarga de trabalho, a insegurança do vínculo, a falta de apoio social no contexto laboral, entre outros³. Nesse contexto “por ser naturalizado socialmente e ocorrer de forma insidiosa, progressiva e silenciosa, raramente, o des-

¹Graduanda em Psicologia pela Unochapecó. E-mail: leticia.correa@unochapeco.edu.br. ORCID: <https://orcid.0000-0003-3386-3665>

²Doutora em Psicologia pela UFSC, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Unochapecó. E-mail: mapit@unochapeco.edu.br. ORCID: <https://orcid.0000-0002-2127-9261>

gaste e o adoecimento mental do trabalhador são relacionados com as situações de trabalho vivenciadas coletivamente”^{4:3}.

Esta visão sobre os riscos nos contextos de trabalho reflete em atuações preventivas bastante limitadas, geralmente centradas em um conhecimento somente técnico e de grupos específicos de técnicos. Como contraponto a esta perspectiva, Porto¹, em consonância com a perspectiva do campo da saúde do trabalhador, destaca o protagonismo dos próprios trabalhadores apontando que a análise e a atuação sobre os riscos nos locais de trabalho devem “[...] incorporar a vivência, o conhecimento e a participação dos trabalhadores, já que eles realizam o trabalho cotidiano e sofrem seus efeitos e, portanto, possuem um papel fundamental na identificação e controle dos riscos”^{1:5}.

A visibilização dos riscos psicossociais no trabalho, bem como do protagonismo dos trabalhadores para as ações de prevenção a estes riscos são questões importantes para a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), a qual foi adotada para realizar as atividades ora apresentadas neste capítulo. Gomez e Chatelard⁵ vão definir a Psicodinâmica do Trabalho enquanto uma “[...] clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental”^{5:2}. Dessa forma, a abordagem parte de uma articulação entre as relações com o trabalho com uma teoria do sujeito que tem como base a psicanálise e a teoria social⁵.

Para prevenir processos de adoecimento nos contextos laborais, a Psicodinâmica do Trabalho valoriza a constituição de espaços para a fala e a “[...] escuta do sofrimento originado pela organização do trabalho, propiciando aos trabalhadores a criação de estratégias eficazes para afrontarem situações que provoquem sofrimento”^{5:3}. Esses espaços podem contribuir para “[...] politizar os sujeitos expressarem o que sentem, assim como permite tirar a banalidade da violência nas relações sociais no trabalho”^{5:6}.

Assim, o relato de experiência aqui apresentado tece análises sobre ações desenvolvidas durante um estágio em Psicologia do Trabalho realizado em um hospital do sul do Brasil, que teve como objetivo desenvolver ações voltadas a prevenção e promoção da saúde mental neste contexto.

O hospital é um espaço no qual os colaboradores estão expostos aos mais diversos riscos laborais, o que foi acentuado com a pandemia e a centralidade destes equipamentos no atendimento de pessoas acometidas pelo Covid-19⁶. O hospital em que foi realizado o estágio tem caráter filantrópico, atendendo principalmente pacientes do Sistema Único de Saúde, e contava na ocasião do estágio com mais de mil funcionários. O estágio ocorreu no período de março a novembro de 2022, por meio de idas semanais à instituição. Dentre as ações realizadas durante o estágio, se destacam duas principais, que serão objeto de análise neste trabalho, sendo elas: 1) acolhimento a trabalhadores em sofrimento psíquico; 2) grupo de saúde mental relacionado ao trabalho.

Primeira ação: Os acolhimentos aos trabalhadores e trabalhadoras em sofrimento psíquico

A primeira ação realizada no contexto hospitalar com foco na prevenção dos processos de adoecimento foi constituir um espaço para acolhimento individual daqueles que se encontravam em sofrimento. Estes ocorriam no sentido de realizar uma primeira escuta e, quando necessário, fazer encaminhamentos para que fosse dada continuidade no atendimento em saúde mental, ou realizadas intervenções no setor correspondente.

Eram realizados de três a cinco encontros com a/o estagiária/o de Psicologia para a realização dos acolhimentos. Em geral, esses profissionais que vinham para os atendimentos eram encaminhados pelo setor de Recursos Humanos, após ser identificada alguma demanda de saúde mental. Contudo, o profissional também podia procurar o atendimento por conta própria, se sentissem necessidade.

Sandy⁷ relata que os acolhimentos realizados no ambiente hospitalar são de suma importância pois contribuem para pensar que “[...] a relação que o sujeito estabelece com o trabalho é um importante indicador de saúde física, psíquica e social, a intervenção psicossocial nas organizações/instituições de trabalho se configura como um caminho eficaz para análise da relação homem-trabalho visando elaboração de estratégias em prol da prevenção e promoção da saúde do trabalhador”^{7:1074}.

Nestes acolhimentos, o entrelaçamento entre questões pregressas e atuais, do trabalho e da vida cotidiana se mostraram, apontando à complexidade da saúde mental relacionada ao trabalho e às ações de prevenção neste campo. Isso pode ser exemplificado pelo caso da trabalhadora aqui denominada de Maria¹⁴, 25 anos. Esta veio para quatro sessões de acolhimento. Sua queixa inicial era se sentir insegura no contexto laboral por apresentar gagueira, sendo que sua nova função implicava em falar em público e realizar treinamento de equipes. O medo do julgamento pelos colegas era o fator que segundo esta lhe produzia muito sofrimento.

Com o andamento das sessões de acolhimento, emergem outras questões como não ter ajuda no setor para poder desenvolver as habilidades necessárias à função, não ter tido tempo para aprender tudo que precisava, o que gerava ainda mais angústia. Sobre a angústia, Freud⁸, a descreve enquanto “[...] este outro hostil, mas que é também a primeira potência capaz de prestar socorro ao desamparo” (p. 189). Para Fuks^{9:5} “[...] o desamparo corresponde ao que se passa fora do campo do simbólico e do imaginário e que é sempre apreendido com pavor e terror [...] ao mesmo tempo em que abre as janelas para o real, o desamparo é, justamente, o apelo de sentido ao que se presentifica nessa abertura: o afigurável, o sem sentido que paralisa [...] conforme suas primeiras intuições gravadas no Manuscrito K, campo das “vivências indizíveis que horrorizam.

¹⁴ Alguns dados da trabalhadora foram alterados a fim de preservar sua identidade.

Dunker^{10:sp} destaca que nos casos de gagueira, frente à angústia o sujeito vê sua fala comprometida. O autor relata que “muitas pessoas conseguem falar perfeitamente, sem gaguejar, quando sentem um acolhimento, uma confiança do outro, mas com estranhos, vem a gagueira de novo, mais uma prova que a gagueira tem a ver com o outro, ou o que Lacan chamava de grande. Outro, e esse grande Outro vem junto com o lugar de fala, com o lugar de escuta, com a cenografia da cena.

Assim, a trabalhadora mencionava o desejo de ser trocada de setor e de abandonar ou trocar de emprego a fim de não ter que se expor falando em público. Logo, pode-se confirmar as palavras de Freud^{8:262}, que destacam que “[...] não se pode achar que a angústia tenha qualquer outra função, a fora a ser um sinal de evitação à uma situação de perigo”, neste caso, se eu não falo em público, evita-se o sofrimento, o olhar do outro que julga, evita-se a angústia. Neste caso, além da importância de ajudar a trabalhadora a falar e nomear esta angústia, a relação da mesma com a revivescência de outras situações de vida, também se acena para o quanto as condições e ambiente socio laboral podem contribuir ou não para lidar com situações de angústia.

As escutas individuais se constituem como uma estratégia para o enfrentamento dos sofrimentos laborais, atuando no campo da prevenção ao adoecimento, mas não são, por si só, suficientes, visto que em um ambiente de trabalho, é sempre a força do coletivo que é capaz de produzir transformações, demandando assim, de outras ações.

Os Grupos de Saúde Mental

Os grupos realizados foram organizados com base na clínica psicodinâmica do trabalho proposta por Mendes¹¹, a partir da observação de riscos psicossociais e queixas em saúde mental no contexto hospitalar. Esta ação se voltou para a constituição de espaços de fala e escuta com

trabalhadores de diferentes setores e formações, que aderiram livremente a ação, por meio de convite feitos nos diferentes setores do hospital.

Os encontros semanais tiveram uma hora de duração e foram realizados em dois horários diferentes durante quatro semanas. Tendo em vista a forma como se deu a participação dos trabalhadores, os grupos foram abertos, ou seja, podiam se inserir novos trabalhadores toda a semana, sendo que em um momento inicial era explicado a função do espaço proposto e feito um contrato verbal com vistas ao sigilo das informações que ali emergiam.

Sobre a clínica psicodinâmica do trabalho Mendes¹¹ aponta que “[...] o processo fala-escuta do sofrimento decorrente das relações de trabalho requer de o clínico escutar o não dito, o oculto, o silenciado, buscando, junto com o coletivo, desvelar a cortina e construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento e, como consequência, abrindo espaço para as ações sobre a organização do trabalho”^{11:39}.

A organização e divisão dos trabalhadores emergem como temas importantes nos grupos, observadas as seguintes passagens: “A falta de organização da Instituição, acaba se tornando extremamente estressante”; “o problema está na estruturação, na organização – ou, melhor dizendo – na falta de organização do trabalho”; “(...) no hospital sempre tem inúmeras tarefas que se acaba fazendo, mas que não são de sua responsabilidade”; “(...) diz que não se sente qualificada para atender todas essas demandas, o que também acaba prejudicando seu dia a dia no trabalho”; “Também destaca que em todos os seus anos trabalhando na instituição, ela nunca contou com o número adequado de profissionais para atender as demandas existentes” (SIC).

Nos excertos dos relatos dos grupos é possível verificar a questão da sobrecarga laboral, e ela aparece nos dois níveis observados pela psicodinâmica do trabalho: quantitativo e qualitativo. A quantitativa está relacionada ao excesso de atividades a serem realizadas pelo trabalhador,

já a qualitativa, diz das adversidades que o trabalhador enfrenta ao ter que assumir responsabilidades sobre atividades as quais não tem preparo ou qualificação para realizar¹². Nesse sentido destaca-se os registros dos grupos: “(...) destacou que, muitas vezes, tem que realizar trabalhos que não são de sua incumbência, o que acaba fazendo com que fique sobrecarregado”; “Destaca, também, que são muitas demandas a serem atendidas, por conta disso, sente que está sempre “correndo atrás da máquina”, não conseguindo dar conta de tudo”; “(...) no hospital, sai sempre com um ‘peso’ de não ter feito tudo que precisava fazer”; “(...) fala que sempre quando volta para casa tem à sensação de que ficou devendo” (SIC).

A psicodinâmica do trabalho, através do conceito de ideologia da excelência, descreve esse processo que acontece nas instituições. Próprio do sistema capitalista, esse conceito desenha-se a partir de uma lógica que exalta aspectos individuais, no sentido de existir a necessidade de que um indivíduo se sobreponha e seja melhor que o outro, que se supere e supere o outro. Além disso, foca-se na performance, condição que naturaliza a exploração nas relações de trabalho, pois faz com que o sujeito sinta que faz parte de um propósito maior, o que pode ser demonstrado com a frase cotidiana “essa pessoa veste a camisa da empresa!”¹³.

A ideologia da excelência pode ser vista em alguns trechos dos encontros grupais, que se expressam nas seguintes frases: “(...) destaca que não consegue sequer sair para o horário de almoço se tiver algo que ainda precisa ser feito”; “Considera que a principal problemática da Instituição, de modo geral, está nas pessoas, nos trabalhadores, que, em sua opinião, não cumprem as regras, normas e rotinas propostas”; “(...) disse, que as coisas estão muito mudadas, que hoje em dia não pode ser mais firme com um filho, não pode dar um tapa, não pode falar nada que já dizem que traumatiza, que aí se formam pessoas frágeis, que quando vão para o mercado de trabalho não aguentam um embate, uma dificuldade e já deprimem”. O discurso dos participantes aponta para percepções individualizadas sobre os problemas laborais

que precisavam ser resolvidos “internamente”. Assim, ressaltam que “se você está bem consigo mesmo, dificilmente irão acontecer problemas externamente”, bem como, de que “precisavam sempre buscar evoluir e ter um pensamento positivo diante das situações” (SIC).

Essa busca por resultados, por reconhecimento, não ocorre sem um custo aos trabalhadores. Esse custo, em geral, se relaciona a perda da saúde e da qualidade de vida. As autoras anteriormente citadas, apontam as “(...) patologias da sobrecarga (ex. LER/DORT, Síndrome de *Burnout*), da solidão (descompensações psíquicas) e da violência (assédio moral, suicídio), num uso instrumental de si mesmo e dos outros”^{13:230}.

Além do mais, é possível observar nas falas dos trabalhadores características da gestão do medo, que age principalmente sobre a precarização do trabalho e o medo da perda do emprego. As demissões de trabalhadores foi um fator observado durante o primeiro semestre de estágio, sendo possível evidenciar desligamentos de muitos profissionais que haviam sido contratados durante o período da pandemia, após leitos serem desativados, mas também de funcionários com mais de 20 anos de trabalho na instituição. Esse fator, que se torna de conhecimento dos demais, gera medo e insegurança. Afinal, quem será o próximo(a)?

Outro ponto que aparece no discurso dos colaboradores que participaram dos grupos tem relação com a percepção do tempo e como ela é afetada pelo trabalho. Segundo eles “Em diversos momentos, os participantes do grupo falaram sobre a percepção de tempo, que sentiam que não estavam fazendo nada, mas ao mesmo tempo que os meses estavam passando muito rápido e se sentiam sendo afogados pela rotina de trabalho, pelo dia a dia, a colaboradora C usou uma metáfora de uma correnteza que vai vindo aos poucos e vai te puxando e quando você vê já não consegue mais sair”; “Falaram também da sensação de não conseguir parar”; “(...) como se tivessem que limpar uma gaveta, fazer alguma coisa... tem a sensação de quem sempre que estar fazendo alguma coisa” (SIC).

Parece ocorrer uma captura do tempo e das subjetividades dos colaboradores. Além disso, ocupar-se o tempo todo, em ritmo frenético, também é uma forma de não entrar em contato com pensamentos e afetos relacionados ao trabalho. O trabalhador não busca questionar, somente faz. Segundo Rego^{14:36}. “A economia psíquica que envolve a estratégia de aceleração, impedindo a reflexão crítica, expõe o trabalhador a urgências dessa organização de trabalho. Seu pensar anestesiado não consegue mais avaliar quão urgente é tal demanda, fazendo com que simplesmente corresponda às necessidades. Trabalha mais horas do que as horas prescritas para o dia, assume responsabilidades que superam sua alçada e/ou “transforma” ocorrências rotineiras do trabalho como demandas únicas e urgentes para a organização do trabalho”.

Esses aspectos não se demonstraram somente neste momento, podendo ser notados em diversos outros fragmentos que foram citados anteriormente. Ademais, uma fala que chama atenção, é a de uma colaboradora que “(...) diz se sentir ‘abusada’ pela Instituição, que ‘sugaram tudo que tinha de melhor’, chega em casa do trabalho e está muito cansada” (SIC). Tudo o que foi analisado até aqui dá indícios de um local de trabalho gerador de sofrimento, um sofrimento patogênico.

Existem ainda as falas dos trabalhadores que evidenciam que chegaram ao limite, em que usam de metáforas relacionadas a violência para expressar-se “(...) se passar daqui fica perigoso”, “(...) parece uma arma, prestes a ser atirada”, além da medicamentação dos afetos e da vida “(...) mas eu estou bem, fui no médico e os medicamentos tem me ajudado, todos os dias, tomo 20mg de fluoxetina” (SIC).

A partir disso, a luta é para resistir. Sobreviver na norma, adaptar-se, fazer melhor e sempre, já que não existem garantias. Neste cenário, como se constroem as relações interpessoais? Fator de suma importância, já que o coletivo constrói o trabalho, principalmente um trabalho que abarca o cuidar, em que é necessário que haja auxílio em muitos

momentos. Numa lógica de competição exacerbada, em que a disputa é por um lugar, como pensar em movimentos coletivos?

Isso destaca a importância da criação de espaços públicos de fala em que falar para o outro, falar para si pode fortalecer as relações do grupo a fim de dialogar, resistir, movimentar e promover mudanças. Esse processo de formação de um coletivo não é simples, mas “(...) complexo, sempre inacabado, que depende das condições da dinâmica instituída da coordenação e da cooperação”^(15:97).

Considerações Finais

As ações desenvolvidas ao longo de um ano de estágio indicam processos de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores no contexto hospitalar, vinculados a uma série de precariedades laborais, sociais e psíquicas, as quais são produzidas socialmente, e experimentadas nas vivências singulares de cada trabalhador e trabalhadora.

O trabalho realizado pela psicologia no contexto hospitalar sinaliza para os desafios das ações de prevenção em saúde mental relacionada ao trabalho. Nesse sentido, é importante ir além de ações voltadas aos trabalhadores individuais face ao sofrimento e ao adoecimento, ou ações centradas no ambiente de trabalho, que tradicionalmente em olhado para os riscos físicos, químicos e biológicos, negligenciando os riscos psicossociais.

Pensar em prevenção e promoção em saúde mental e trabalho implica necessariamente fortalecer os coletivos e incentivar o protagonismo da classe trabalhadora, reconhecida enquanto tal, “[...] rompendo com as concepções individualistas, naturalistas e fatalistas que predominam na compreensão do processo saúde-doença mental no ambiente de trabalho”^(4:2).

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Psicodinâmica do Trabalho; Prevenção em Saúde.

Referências

- 1 Porto, MF. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. Cadernos de Saúde do Trabalhador. Fiocruz: Rio de Janeiro [internet]. 2000 [cited 10 apr 23]. Available from: http://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos_trabalho.pdf.
- 2 Ruiz VS, Araújo AL. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [internet]. 2012 [cited 10 apr 23];37(125). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/P9Hh3zBPL7WmzxsFYgW7K8b/?lang=pt>.
- 3 Baruki LV. Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo. São Paulo: LTr; 2015.
- 4 Souza HÁ, Bernardo, MH. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];44(26):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/BZfzmT5SM4p4McZfctc8vqn/?format=pdf&lang=pt>.
- 5 Gomez VA, Chatelard DS. Clínica do trabalho: contribuições da psicanálise para o exercício profissional. Psicologia, Ciência e Profissão [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];41(2):1-12. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/pHh3xX4Px4sBhb9PQyGWnVr/?format=pdf&lang=pt>.
- 6 Prado AD, Peixoto BC, Silva AM, Scalia LA. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa. REAS/EJCH [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];46:1-9. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/418>.

7 Sangy M. Saúde no Trabalho: intervenção psicossocial com trabalhadores de um hospital público. Belo Horizonte [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://izabelahendrix.edu.br/pesquisa/anais/arquivo-2017/saude-no-trabalho-intervencao-psicossocial-com-trabalhadores-de-um-hospital-publico.pdf>.

8 Freud, S. Inibição, sintoma y angústia. Buenos Aires: Amorrortu Ed; 1926.

9 Fuks, BB. Notas sobre o conceito de angústia. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia [internet]. 2001 [cited 10 apr 23];1(1):1-9. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7687/5551>.

10 Dunker C. Gagueira. Falando nisso 363 [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qgHF-26DZWXA>.

11 Mendes, AM. Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação. Curitiba: Juruá; 2012.

12 Monteiro JK, Jacoby AR. Sobrecarga no trabalho. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.

13 Soboll LA, Horst AC. Ideologia da excelência. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.

14 Rego, VB. Aceleração. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.

15 LIMA, SC. Coletivo de trabalho. Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.

CAPÍTULO 17

DESAFIOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: EXPERIÊNCIA NO CANADÁ

*Carine Vendruscolo¹, Daisi Mara Rosset², Rui Carlos Sacramento³,
Camilla Dalchiavon⁴, Luiz Felipe Deoti⁵*

O cuidado paliativo e suas consequências para o enfermeiro

No Brasil, apesar de os profissionais da saúde terem experienciado todas essas sensações de maneira pungente, a situação não difere tanto de países mais desenvolvidos, com a saúde pública bem estruturada, como é o caso do Canadá. Assim, o presente capítulo tem como propósito descrever o trabalho de profissionais que atuam na saúde pública em Ontário, Canadá, sobretudo da enfermeira coordenadora de uma equi-

¹ Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

² Ministry of Health Community Services, Department of Long Stay Oncology and Palliative Care. Ontário, Canadá. E-mail: daisi.rosset@hccontario.ca ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4000-8683>.

³ Mestrando do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC. E-mail: rui.sacramento2042@edu.udesc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

⁴ Estudante de Enfermagem da UDESC. E-mail: camilladalchiavon1@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2462-7997>.

⁵ Estudante de Enfermagem da UDESC. E-mail: luizfelipedeoti@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7861-5177>.

pe multiprofissional que presta cuidados paliativos à domicílio (*home care*). A narrativa será discutida à luz dos aspectos que afetam a sua saúde bio-psico-espiritual, tendo em vista os transtornos que afetam – ou podem afetar – o profissional que atua nessa função.

O trabalho comunitário de atendimento domiciliar (*Home and Community Care Palliative*) trata-se de um serviço público, desenvolvido pelo governo do Estado de Ontário, no Canadá. Cuidados paliativos são considerados aqueles que contemplam um conjunto de medidas, que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias que se encontram com sintomas e problemas associados com doenças de caráter terminal. Tais cuidados são desenvolvidos por profissionais de saúde, de maneira individual ou interprofissional, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, mediante a identificação precoce e uma avaliação eficiente, assim como o alívio da dor e outros problemas de ordem psicossocial e espiritual¹.

Os cuidados paliativos são mais efetivos quando preveem a ação de uma equipe interprofissional. Cada profissional da saúde, ao reconhecer o limite da sua atuação, conta com a colaboração do outro, tendo em vista uma atitude que consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal necessita ser assistido integralmente, e isso implica complementação de saberes, compartilhamento de responsabilidades e, principalmente, que as diferentes demandas sejam resolvidas no coletivo².

Em Ontário, as equipes multidisciplinares que desenvolvem cuidados paliativos em *home care*, contam com um coordenador geral (*Care Coordinator*) que, no caso relatado neste estudo, trata-se de uma enfermeira.

Objetivo

Relatar a experiência e os desafios de um profissional enfermeiro que atua como *Care Coordinator* em um serviço de *Home and Community Care Palliative*, relacionados à sua saúde bio-psico-espiritual.

Metodologia

Relato de experiência, realizada durante o mês de outubro de 2019, em Ontário, Canadá. Como parte das atividades de pós doutoramento, uma enfermeira, professora de Universidade pública e pesquisadora na linha de gestão em saúde e enfermagem, observou-se o funcionamento de uma equipe de *home care*, em especial a atuação do enfermeiro *Care Coordinator*.

Foram realizados registros em diário de campo sobre as atividades desenvolvidas, dentre as quais reuniões de equipe e visitas domiciliares, bem como, as implicações relacionadas às condições afetivas, que implicam na saúde bio-psico-social do enfermeiro *Care Coordinator*.

Durante os anos que seguiram, houve contato permanente com a enfermeira Canadense, numa parceria que resultou em sua participação em eventos no Brasil, participação em pesquisas, além da escrita coletiva de manuscritos. Durante a pandemia, as trocas sobre a situação pandêmica em ambos os países eram frequentes, o que resultou também em alguns materiais já publicados. Este relato contém algumas informações referentes a este período pandêmico, inclusive, pois houveram fatores estressantes que agravaram as condições de trabalho e, por conseguinte, afetaram a saúde dos profissionais que “combateram na linha de frente” a Covid-19.

Descrevendo “o caso”: a atuação da equipe Canadense

A equipe multidisciplinar de *home and community care palliative*, é composta pelos seguintes profissionais: 1) coordenadora geral da equipe: essa função cabe, preferencialmente, a um enfermeiro, servidor público. Cumpre destacar, entretanto, que esse cargo cabe a qualquer membro da equipe, desde que conte com nível superior e conhecimento clínico. Para o caso de assistentes sociais, exige-se nível de mestrado; 2) médicos da família e paliativos: são servidores do governo ligados ao

hospital, com especialização nas referidas áreas; 3) enfermeira mestre (nurse practitioner): servidora pública; 4) enfermeiras práticas (*register nurse*): terceirizadas, com especialização em cuidados paliativos; 5) assistente social; 6) fonoaudiólogo; 7) fisioterapeuta; 8) terapeuta ocupacional e 9) nutricionista.

Esta equipe multidisciplinar tem como função acompanhar os pacientes em cuidados paliativos, em um determinado território, em domicílio. Neste caso, a equipe assiste cerca de 210 pacientes em tratamento paliativo, cujo principal fator desencadeante de tais cuidados é o câncer.

Em relação ao processo de trabalho, são realizadas reuniões diárias de equipe, as *huddles*, a fim de trocar informações e discutir os casos por meio da plataforma virtual *Teams*, com auxílio de computadores equipados com programas específicos, os quais contém: prontuários; relatórios; sistema de informação, registro e solicitação de equipamentos e medicação; e-mail; fax eletrônico e outras tecnologias de informação. As reuniões diárias têm duração de cerca de 30 minutos. Uma inovação importante para auxiliar nos registros e facilitar o dialogo interprofissional é o “*E-health*”, sistema de registro padronizado online ao qual todos da equipe têm acesso. Reuniões mensais também ocorrem e são multidisciplinares. Elas apresentam um caráter educativo, informativo, nas quais são realizados discussão dos casos existentes no território e planejamento de ações para a melhoria dos serviços prestados. Nessas reuniões, um enfermeiro da equipe fica encarregado de abordar um tema de interesse do grupo, numa perspectiva de educação permanente com a equipe. Os profissionais que realizam a atividade educativa são reconhecidos como enfermeiros de apoio (*resource nurse*).

Todos os profissionais da equipe realizam visitas domiciliares, na medida da necessidade prevista. A *Care Coordinator* faz visitas com uma frequência de, em média, três meses por ano, a depender da complexidade de cada caso. Também, podem ocorrer conforme demanda.

Essas visitas têm o propósito de verificar a eficiência do serviço, resolver problemas emergenciais, elaborar o plano de cuidados e realizar educação em saúde. Ela, também, autoriza e providencia insumos (equipamento terapêutico, medicação, entre outros) e estabelece a frequência das visitas multidisciplinares, de acordo com a necessidade do paciente. Para sistematizar a visita, há um instrumento específico, com variações de uso conforme o profissional, o *Residencial Assessment Information (RAI-Pall)*. Esse instrumento é utilizado em mais de oitenta países, incluindo o Brasil. Em Ontário, foi adotado como meio para avaliar o nível de cuidados a fim de prestá-los de maneira equânime e auxiliar no plano de cuidados.

Uma questão que cumpre destacar, é a preocupação dos canadenses com a “boa morte”. Recentemente, no país, foi aprovada a Lei da Morte (ou Suicídio) assistida. Em casos em que o paciente em tratamento paliativo faça uma opção por tal procedimento, é designada uma equipe de *home care*, cujas crenças espirituais estejam alinhadas com essa escolha.

Na qualidade de gestor da equipe multidisciplinar, o *Care Coordinator*, por vezes, precisa tomar decisões importantes em relação às necessidades e anseios do paciente e sua família. No caso acompanhado, em relação à sua atuação na equipe, por vezes, houveram situações em que foi necessário auxiliar na resolução de conflitos na equipe ou realizar orientações necessárias ao correto preenchimento de registros. Ainda, ao *Coordinator* cabe proceder de maneira sóbria, perante os casos mais complicados, por vezes, controlando emoções e mantendo o controle.

Todas essas situações fazem refletir que se trata de uma função que cabe muito bem ao enfermeiro, tendo em vista sua formação clínica e gerencial. Cumpre destacar o desempenho do enfermeiro em outras funções no âmbito da equipe, como no caso dos *nurse practitioner* e os *resource nurse*, pois são esses as profissionais que prestam o cuidado clínico e realizam trabalhos educativos e de apoio, respectivamente. Os *nurse practitioner* podem, inclusive, realizar práticas mais invasivas e prescrição de medicações específicas e exames laboratoriais.

Destaca-se, ainda, a qualidade e eficiência dos instrumentos para gestão da assistência, como o *RAI-Pal*, que contém informações precisas em todas as ordens, sobre as necessidades humanas, com especial atenção para questões culturais, já que o Canadá conta com grande quantidade de culturas imigrantes. Nessa direção, a equipe, também, apresenta com preparo adequado, tendo acesso à educação permanente sobre temas técnicos e também, que envolvem questões sociais, espirituais e culturais relacionadas às diferentes culturas que residem no país.

As “situações limite” ocasionadas pelo processo de trabalho

Nos cabe aqui aprofundar alguns aspectos relacionados ao estresse ocasionado pelo cuidado paliativo, realizado pelos profissionais e coordenado pela enfermeira. Nessa direção, são recorrentes as ocasiões em que esta é acometida por “situações limite”³ de importante pressão psicológica. Torna-se uma conduta desafiadora manter o controle e não se deixar envolver por alguns relatos ou situações vivenciadas com a assistência do paciente em cuidados paliativos.

Acompanhar “a despedida” e sempre um momento marcante na vida profissional de um enfermeiro que cuida de pessoas em processo de morrer e diante da morte. A literatura demonstra que o cuidado de pacientes em tratamento paliativo implica em lidar, diariamente, com prognósticos ruins, incurabilidade, manuseio de sintomas que causam sofrimento e desconforto, como dor, sangramento, dispneia, náuseas, entre outros. Tudo isso corrobora para o sentimento de angústia no cotidiano de trabalho, o que deixa os profissionais vulneráveis ao sofrimento psíquico⁴.

As evidências sobre a Fadiga por Compaixão destacam a necessidade de atuar para a melhoria do processo de trabalho, no que tange ao enfrentamento e a valorização das repercussões do fenômeno na dimensão laboral e pessoal dos enfermeiros e demais trabalhadores de enfer-

magem. Nessa direção, a colaboração dos gestores é fundamental em diferentes cenários, incluindo a Atenção Primária à Saúde ⁵.

Estudos apresentam iniciativas de prevenção e enfrentamento da Fadiga por Compaixão, como a busca por estratégias gerenciais que busquem a melhoria da qualidade de vida no trabalho, práticas de educação continuada com os profissionais, fomento à resiliência^{6,7}. Tais práticas eram recorrentes no serviço observado, em que um profissional da equipe ou de outras equipes da Província assumiam a responsabilidade, periodicamente, de realizar atividades de educação continuada com os profissionais. Além disso, estes eram constantemente orientados a realizarem, em períodos de folga do trabalho, atividades de lazer diversas, em busca de momentos de distração e prazer.

As sensações de ineficácia, diminuição da empatia e paciência, relatadas pela enfermeira Canadense convergem com os estudos, nos quais os profissionais relatam a intenção de rotatividade ou abandono de emprego, preocupações, frustrações, falta de confiança, de autonomia, sensação de não ter feito um bom trabalho, ansiedade, culpa, distúrbios do sono, alterações de humor, entre outros, que podem, inclusive, implicar no atendimento negativo ao paciente. Todas essas sensações são típicas da Fadiga por Compaixão e aos transtornos associados^{7,8}. Esses conflitos morais afetam, negativamente, a sua percepção de qualidade de vida no ambiente de trabalho e mesmo, a relação com o paciente e a sua família. O sentimento de angústia relacionada ao tipo de trabalho, no contexto da morte, remete às suas próprias dores⁹.

Conclusões

A experiência de acompanhamento do serviço de *home care* possibilitou o reconhecimento da dinâmica dos cuidados paliativos em domicílio, realizados por equipe multidisciplinar e interprofissional, com destaque para atuação do enfermeiro, como gestor desta equipe. Nesta

condição, foram inúmeras as vezes que se observou o desconforto e a necessidade de controle de emoções, para além do conhecimento clínico e gerencial do profissional.

Cabe ressaltar que, dentre as mais diversas situações estressantes e transtornos por elas gerados, decorrentes das ocupações laborais, a Fadiga por Compaixão emerge abruptamente nos contextos dos profissionais de saúde, permeando todos os processos de trabalho, trazendo demandas inesperadas para tais serviços, como por exemplo a falta de profissionais para atuarem nesses contextos. Isso se agravou durante a pandemia, em meio a ocorrência de uma doença inesperada e desconhecida, deixando o profissional ainda mais sintomático em termos de estresse laboral. Tal situação é verificada, em grande medida, no Canadá, o que tem gerado iniciativas governamentais das mais diversas, inclusive incentivando a imigração de profissionais enfermeiros.

Entre as estratégias de enfrentamento e intervenções sugeridas, com base nos estudos existentes e na própria conduta no cenário observado, destaca-se a orientação para que profissionais que assistem pacientes em cuidados paliativos realizem exercícios regularmente, procurem manter bons hábitos de sono, repouso, alimentação e prática de lazer periódica.

Palavras-Chave: Cuidado paliativo; Humanização da assistência; Equipe interdisciplinar; Enfermagem; Política de saúde do trabalhador.

Referências

- 1 World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 2 Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cie Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23]; 18(9):2577-88. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/>.
- 3 Heidemann IT, Dalmolin IS, Rumor PC, Cypriano CC, Costa MF, et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto Contexto Enfermagem* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]; 26(4):e0680017. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdfHS9bS8fqwp5BTcPqL64L/?format=pdf&lang=pt>.
- 4 Siqueira AS, Teixeira ER. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. *REME- Rev Min Enferm* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 23:e-1268. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1414>.
- 5 Rodrigues MS, Lucena PL, Lordão AV, Costa BH, Batista JB, et al. Compassion fatigue in nursing professionals in the context of palliative care: scoping RE ME - Rev Min Enferm [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]; 25:e-1386. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44505>.
- 6 Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Rababah J, Oláh O, Pakai A. Paediatric nurses' *burnout*, quality of life and perceived patient adverse events

during the COVID-19 pandemic: Testing an integrated model using structural equation modelling [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];31(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719846/>.

7 Labrague LJ, Santos JA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];61:151476. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34544570/>.

8 Jobe JA, Gillespie GL, Schwytzer D. A national survey of secondary traumatic stress and work productivity of emergency nurses following trauma patient care [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];28(4):243-49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210944/>.

9 Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Angústias Psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. *Trends Psychol* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];26(2):795-805. Available from: <https://10.9788/TP2018.2-10Pt>.

GLOSSÁRIO

Bullying no local de trabalho - tipo de violência do trabalho caracterizada por maus-tratos repetidos, ameaças, humilhação ou intimidação, sabotagem laboral ou abuso verbal/ ações repetidas, dirigidas contra um ou mais trabalhadores, indesejadas pela vítima, realizadas de forma deliberada, que causam humilhação, constrangimento, hostilidade, ofensa e angústia e, conseqüentemente, originam um ambiente de trabalho desagradável.

Cultura de Segurança - produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança.

Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) - doenças/distúrbios que acometem o aparelho locomotor (músculos, tendões, articulações e/ou nervos) quando relacionados ao trabalho.

Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT) - doenças ocupacionais, doenças provenientes do ato de trabalhar ou no contexto/processo de trabalho.

Estresse laboral ocupacional - processo, a curto ou longo prazo, que resulta do desequilíbrio entre demandas psicológicas e recursos individuais do trabalhador, o qual se repercute na saúde física e mental do trabalhador.

Estresse pós-traumático - transtorno que pode se desenvolver em pessoas que vivenciaram eventos traumáticos.

Estresse Traumático Secundário (ETS) - síndrome provocada pela exposição a incidentes vivenciados por outra pessoa.

Estratégias de prevenção - prática pessoais/individuais e coletivas/organizacionais de autocuidado ou cuidado frente ao desgaste físico e/ou mental.

Engagement - estado psicológico de motivação e prazer no trabalho, expresso na relação de envolvimento cognitivo no trabalho.

Fadiga por Compaixão (FC) - estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem.

Felicidade no trabalho - como o conjunto de fatores organizacionais e individuais (como emoções, humores, disposições e atitudes).

Liderança promotora de saúde - estilo de liderança que promove o desenvolvimento organizacional sustentável, a satisfação, o engajamento no trabalho e o comprometimento afetivo, trazendo benefícios à saúde física e mental da equipe.

Psicodinâmica do Trabalho - proposta teórico-prática que busca compreender e intervir na organização do trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores e privilegia a clínica como modo de construção do conhecimento, de interpretação e de análise do trabalho. / “[...] clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental”.

Prazer no trabalho - A Psicodinâmica do Trabalho (PDT), entende o trabalho como um meio passível de gerar prazer, coesão social e desenvolvimento.

Promoção da Saúde - conjunto de princípios que incluem a equidade e o empoderamento através de uma prática que abrange a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas.

Promoção da saúde no local de trabalho - esforço conjunto de todos os envolvidos (empregadores, trabalhadores e sociedade), significando que, mais do que cumprir os requisitos legais a nível de segurança e saúde, todos serão chamados a colaborar e a contribuir para a saúde do ambiente em que laboram.

Risco laboral - “[...] toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja através de acidentes, doenças ou sofrimento dos trabalhadores”.

Satisfação com o trabalho - realização pessoal e profissional por meio do trabalho.

Satisfação por Compaixão - gratificação pelo ato cuidado às pessoas em situações de sofrimento.

Segurança do paciente - definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Síndrome de Burnout (SB) - Estado de exaustão física e emocional acompanhado de desinvestimento no trabalho e da diminuição da realização e autoeficácia profissionais. Resulta da gestão desadequada do stress crônico no trabalho. Foi codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como fenômeno ocupacional.

Trabalho - uma das dimensões essenciais para caracterizar o ser humano.

Trabalhador - pessoa que pretende desenvolver-se através da sua atividade e aceita os desafios utilizando a sua inteligência prática e a sua capacidade de inovar, se o contexto lhe proporcionar autonomia.

Universidades Promotoras de Saúde (UPS) - espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do

ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos, o que potencia o bem-estar e a sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, a avaliação da eficácia dos programas de intervenção.

Violência laboral - série de comportamentos e práticas inaceitáveis, que ocorrem de modo repetido ou não, ameaçando o trabalhador ou podendo resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos.

GLOSSARY

Bullying in the workplace - type of violence in the workplace characterized by repeated mistreatment, threats, humiliation or intimidation, work sabotage or verbal abuse/repeated actions, directed against one or more workers, unwanted by the victim, carried out deliberately, which cause humiliation, embarrassment, hostility, offense and anguish and, consequently, create an unpleasant work environment.

Safety Culture - individual or collective product of values, attitudes, perceptions, skills and behavioral patterns that determine the commitment, style and competence of a healthcare organization in promoting safety.

Work-Related Musculoskeletal Disease (WMSD) - diseases/disorders that affect the locomotor system (muscles, tendons, joints and/or nerves) when related to work.

Work-Related Diseases (WRD) - occupational diseases, diseases arising from the act of working or in the work context/process.

Occupational/work stress - process, in the short or long term, that results from the imbalance between psychological demands and the worker's individual resources, which has implications on the worker's physical and mental health.

Post-traumatic stress - a disorder that can be developed by people who have experienced traumatic events.

Secondary Traumatic Stress (STS) - syndrome caused by exposure to incidents experienced by another person.

Prevention strategies - personal/individual and collective/organizational practices of self-care or care in the presence of physical and/or mental exhaustion.

Engagement - psychological state of motivation and pleasure in the workplace, expressed in the relationship of cognitive involvement at work.

Compassion Fatigue (CF) - state of biological, psychological and social exhaustion, resulting from the process of caring for those who suffer.

Happiness in the workplace - as the set of organizational and individual factors (such as emotions, moods, dispositions and attitudes).

Health-promoting leadership - leadership style that promotes sustainable organizational development, satisfaction, work engagement and emotional commitment, bringing benefits to the team's physical and mental health.

Psychodynamics of Work - theoretical and practical proposal that seeks to understand and intervene in the organization of work, emphasizing the workers' mental health and favoring the clinic as a way to build knowledge, interpretation and analysis of work. / “[...] clinic that is based on the description and knowledge of the relationships between work and mental health”.

Pleasure in the workplace - The Psychodynamics of Work (POW) understands work as a means that can generate pleasure, social cohesion and development.

Health Promotion - set of principles that include equity and empowerment through practice that encompasses communication, training and politically-oriented activities.

Health promotion in the workplace - joint effort of all involved (employers, workers and society), meaning that, more than complying with legal requirements in terms of safety and health, everyone will be called

upon to collaborate and contribute to the health of the environment in which they work.

Occupational risk - “[...] any and all possibilities that any element or circumstance existing in a given process and work environment may cause harm to health, whether through accidents, illnesses or suffering of workers”.

Work satisfaction - personal and professional fulfillment through work.

Satisfaction through Compassion - fulfillment due to the act of caring for people in situations of suffering.

Patient safety - defined as the reduction, to an acceptable minimum, of the risk of unnecessary harm associated with healthcare.

Burnout Syndrome (BS) - State of physical and emotional exhaustion accompanied by disinvestment in work and decreased professional fulfillment and self-efficacy. It results from inadequate management of chronic stress at work. It was coded in the International Classification of Diseases (ICD), version 11, of the World Health Organization (WHO), as an occupational phenomenon.

Work - one of the essential dimensions to characterize the human being.

Worker - person who intends to develop through their activity and accepts challenges using their practical intelligence and their ability to innovate, if the context provides them with autonomy.

Health-Promoting Universities (HPU) - privileged spaces for creating a health-promoting context for the educational community, as they improve the health profile through the development of teaching, research and the sharing of knowledge, which enhances the overall well-being and sustainability of the community and, also, the evaluation of the effectiveness of intervention programs.

Violence in the workplace - series of unacceptable behaviors and practices, which occur repeatedly or not, threatening the worker or which may result in physical, psychological, sexual or economic harm.

Índice Remissivo

B

Bullying no local de trabalho 145

C

Cultura e segurança 156

D

Doença Osteomuscular relacionada ao Trabalho (DORT) 239

Doenças Relacionadas ao trabalho (DRT) 47

E

Engagement - 240, 244

Estratégias de prevenção 31, 170

Estresse laboral ocupacional 239

Estresse pós-Traumático 239

Estresse traumático secundário (ETS) 30, 240

F

Fadiga por compaixão (FC) 29, 240

Felicidade no Trabalho 22, 126, 129, 130, 131, 240

L

Liderança promotora de saúde 240

P

Prazer no trabalho 136, 140, 240

Promoção da Saúde 183, 184, 185, 186, 191, 193, 194, 195, 197, 240

Promoção da saúde no local de trabalho 190, 241

Psicodinâmica do Trabalho 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 218, 226, 240

R

Risco laboral 241

Segurança do paciente. *Consulte E*

S

Satisfação com o trabalho 36, 38, 81, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 128

Satisfação por Compaixão 30, 241

Segurança do paciente 88, 89, 97, 156, 157, 158, 160, 161, 164, 165, 166, 168

Síndrome de Burnout (SB) 47, 111, 241

T

Trabalhador 5, 22, 29, 30, 31, 32, 49, 52, 53, 54, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 81, 87, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 111, 112, 113, 120, 134, 136, 137, 138, 145, 156, 164, 169, 174, 182, 186, 190, 200, 209, 211, 212, 218, 220, 222, 223, 225, 226, 227, 236, 239, 242

Trabalho 5, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 79, 81, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 178, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 197, 199, 200, 201, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241

U

Universidades Promotoras de Saúde (UPS) 194, 241

V

Violência laboral 242.

Editora Livrologia
www.livrologia.com.br

Título

Teorias e vivências para a saúde ocupacional

Organizadores

Letícia de Lima Trindade

Josiane Carneiro

Maiara Schoeninger

Elisabete Borges

Assistente Editorial

Nicole Brutti

Bibliotecária

Karina Ramos

Arte da capa

Ivo Dickmann

Projeto Gráfico e Diagramação

Paula Editorações

Site: www.paulaeditoracoes.com

Instagram: @paulaeditoracoes

Tel: (21) 97565-1897

Formato

15,5 cm x 22,5

Tipologia

Minion Pro, entre 8 e 10 pontos

Papel

Capa: Suprema 280 g/m²

Miolo: Pólen Soft 80 g/m²

Número de Páginas: 254

Publicação: 2023

Queridos leitores e queridas leitoras:

Esperamos que esse livro tenha sido útil para você e seu campo de leitura, interesse, estudo e pesquisa.

Se ficou alguma dúvida ou tem alguma sugestão para nós, por favor, compartilhe conosco pelo e-mail:
livrologia@livrologia.com.br

PUBLIQUE CONOSCO VOCÊ TAMBÉM
ENCONTRE UM FRANQUEADO LIVROLOGIA
MAIS PERTO DE VOCÊ
www.livrologia.com.br

Trabalhos de Conclusão de Curso
Dissertações de Mestrado
Teses de Doutorado
Grupos de Estudo e Pesquisa
Coletâneas de Artigos

EDITORA LIVROLOGIA
Avenida Assis Brasil, nº 4550, sala 130, torre B,
Bairro São Sebastião, Porto Alegre-RS
livrologia@livrologia.com.br

O E-book “Heath Work Internacional: Teorias e Vivências para a Saúde Ocupacional” apresenta, distribuído em cinco capítulos e 17 subcapítulos, textos que discorrem sobre temáticas voltadas à Saúde do Trabalhador, à promoção da saúde e prevenção da doença no local de trabalho e a disseminação de conhecimentos de caráter científico. Com a cooperação de pesquisadores de diferentes nacionalidades traz a abordagem multicultural das temáticas, bem como reflete diferentes experiências e contextos que fomentam o conhecimento sobre dimensões dos contextos de trabalho e da saúde dos trabalhadores.

Apresenta um glossário com termos centrais utilizados e o índice remissivo da obra. Considera-se que, enquanto tecnologia social, esse produto técnico educacional possa ser utilizado como ferramenta de aprendizagem para estudantes de licenciatura e de pós-graduação na área da saúde no trabalho, bem como instrumento de educação permanente e continuada nos serviços de saúde, como um dispositivo de apoio.

Trata-se de uma obra financiada pela FAPESC e com apoio de pesquisadores da CAPES/CNPq.



Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

